



المعهد العالي للمهن التمريضية وتغذية الصحة، أكادير
المعهد العالي للمهن التمريضية وتغذية الصحة، أكادير
Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé, Agadir



PROJET DE FIN D'ETUDES

CYCLE DE LA LICENCE EN PROFESSIONS INFIRMIERES ET TECHNIQUES DE SANTE

FILIERE : Les soins infirmiers

OPTION : La santé mentale

PROMOTION : 2014 / 2017

LES FACTEURS INFLUENÇANT LES RECHUTES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE

AU NIVEAU DU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE CHP D'INZEGANE

Élaboré par :

- ABJIG Saila
- MRINI Hamza
- OUBAH Roumaissa

Encadré par :

- Dr Jalal Doufik - Médecin psychiatre
- An niveau de CHP INZEGANE

Présenté devant le jury le : 04 / Juillet / 2017

- Mr. Mustapha YASSINE - Coordinateur d'option santé mentale, ISPITS Agadir.
- Mlle. Charifa YAZGHI MOUBACHIR - Infirmière en psychiatrie, CHP Inzegane.

Juillet 2017

Dédicace :

Nous dédions ce travail :

✓ **À nos très chers parents :**

Ceux à qui nous devons tant pour leur amour et leur support continu tout au long de nos études. Que ce travail soit le témoignage sincère et affectueux de notre reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour nous.

✓ **À nos frères, sœurs et amis :**

Qui nous ont encouragés et soutenus dans des moments les plus difficiles. Que la qualité recherchée dans ce travail symbolise la perfection d'un amour, d'une attention, de soutien qu'ils n'ont cessé de nous donner aux cours des années passées.

✓ **À l'administration de notre ISPITS Agadir**

Tous le cadre administratif qui travaille pour nous aider à avoir une meilleure formation en faveur de la profession infirmière honorable.

Nous dédions ce travail aussi à tous les étudiants d'ISPITS Agadir.

Remerciement

Nos parents

Nous tiens tout d'abord à remercier nos parents pour le soutien inconditionnel dont ils ont fait preuve depuis le début de notre formation. Merci pour le soutien financier, moral, psychologique et matériel.

Notre encadrant : Dr JALAL DOUFIK

Nous avons eu de la chance et le privilège de travailler sous votre encadrement, de profiter de votre enseignement de qualité et de votre sagesse.

Vous avez montré l'écoute et la disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Nous sincères remerciement à :

tous les professionnels qui ont participé à la réalisation de ce projet de fin d'études et plus particulièrement Mlle Aicha HANAFI et Monsieur Abdallah SABRI et Monsieur Aboubakr Karta pour leur professionnalisme, conseils, patience, guidance, disponibilité et pour le temps qui nous ont été consacré.

Notre coordinateur de la section Mr MUSTAPHA YASSINE

Nous vous remercions vivement pour, votre soutien, l'aide et l'orientation.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect et notre gratitude éternelle.

Nous remercions également

Notre cadre administratif, amis, camarades ainsi toutes les équipes soignantes, dans les divers lieux de stage pendant ces trois années. Ils nous ont permis de prendre conscience de l'intérêt d'être un professionnel soignant tout en nous apprenons le sens de la responsabilité qui repose sur cette profession.

Résumé

La schizophrénie est un trouble de santé mentale grave qui, depuis fort longtemps, fait l'objet de nombreuses études au sein de la communauté scientifique. Les rechutes psychotiques sont un phénomène courant dans l'évolution de la schizophrénie. Celles-ci entraînent un nombre important d'effets négatifs, et ce, tant au niveau individuel que social. Cependant, ces rechutes sont influencées par plusieurs facteurs, ceux en relation avec le patient, et son environnement (stress, observance médicamenteuse...) ; consommation de substances ainsi que ceux relatifs à la prise en charge, soit au choix de médicament ; au niveau économique ; à l'alliance thérapeutique, et ceux liés à la psychoéducation du patient et de sa famille.

Notre étude se propose de décrire les facteurs influençant les rechutes chez les schizophrènes. En effet, il s'agit d'une étude descriptive avec un volet quantitatif du premier niveau qui a ciblé 61 patients en rechute. Des questionnaires semi-directifs ont été remplis auprès des patients, et de leurs familles. L'analyse des données a été effectuée à l'aide de trois procédés : la transformation en graphiques, l'interprétation du contenu, l'analyse et la discussion.

Les résultats de notre recherche révèlent plusieurs facteurs influençant les rechutes chez la population étudiée, comme les facteurs sociodémographiques, les effets secondaires du traitement, ainsi que le déni de la maladie. En plus, les difficultés économiques, la vulnérabilité des patients avec ce trouble mental, un manque de psychothérapies et de psychoéducations rendent le problème plus compliqué.

Table des matières

INTRODUCTION	1
LA REVUE BIBLIOGRAPHIQUE	5
1. LA NON-OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE :	5
1-1 Les caractéristiques sociodémographiques.....	5
a. L'âge.....	6
b. Le Sexe	6
c. Le statut marital	6
d. Le statut professionnel	6
e. Le niveau de scolarité	6
1-2 Les effets secondaires du traitement :.....	7
1-3 L'insight :	7
1-4 L'accessibilité aux soins :	8
2. LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES :	8
3. LE CHOIX DE MÉDICAMENTS	9
4. LE STRESS	10
5. LA PSYCHOÉDUCATION	10
6. L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE	11
MATÉRIELS ET MÉTHODES	12
1. LE DEVIS DE RECHERCHE :	12
1-1 Le type de la recherche :.....	12
2. LE MILIEU DE L'ÉTUDE :	12
2-1 La présentation du milieu d'étude :.....	12
2-2 La justification du milieu de l'étude :.....	12
3. LA PRÉSENTATION DE LA POPULATION D'ÉTUDE :	13
3-1 Les critères d'inclusions :	13
3-2 Les critères d'exclusions :.....	13
4. LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE :	13
5. LA DESCRIPTION D'INSTRUMENT ET D'OUTILS DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES.....	14
5-1 La description de contenu du questionnaire :.....	15
6. L'ASPECT ÉTHIQUE :	15
RÉSULTATS	16
1. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	16
2. LES ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES	20

3.	LE CHOIX DES MÉDICAMENTS.....	20
3-1	<i>Facteurs influençant le maintien de la médication.</i>	22
4.	LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES	23
5.	L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE	25
6.	LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX.....	26
7.	L'ALLIANCE AVEC LE THÉRAPEUTE	29
DISCUSSION		30
1.	LA NON-OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE.	30
1-1	<i>Les caractéristiques sociodémographiques :</i>	30
a.	L'âge :.....	30
b.	Le sexe :	30
c.	Le statut Professionnel :.....	31
d.	Le niveau de scolarité :	31
e.	Le statut marital :	31
1-2	<i>Les effets secondaires du traitement :</i>	31
1-3	<i>L'insight :</i>	31
1-4	<i>Accessibilité aux soins :</i>	31
2.	LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES :	32
3.	LE STRESS :	32
4.	LE CHOIX DE MÉDICAMENTS :	32
5.	LA PSYCHOÉDUCATION :	32
6.	L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE :	33
CONCLUSION.....		34
BIBLIOGRAPHIE		VIII

Liste des figures

• Figure 1 : L'âge _____	16
• Figure 2 : Le sexe _____	17
• Figure 3 : L'habitat _____	17
• Figure 4 : Le statut professionnel _____	18
• Figure 5 : Le niveau de scolarité _____	18
• Figure 6 : Le statut marital _____	19
• Figure 7 : Le niveau économique _____	19
• Figure 8 : Le nombre d'hospitalisations _____	20
• Figure 9 : Le type des antipsychotiques utilisés _____	20
• Figure 10 : Le nombre des antipsychotiques utilisés _____	21
• Figure 11 : Les sources de médicament _____	21
• Figure 12 : Le manque de traitement dans les institutions sanitaires _____	22
• Figure 13 : Le manque de moyens _____	22
• Figure 14 : La consommation de substances _____	23
• Figure 15 : Type de substances _____	23
• Figure 16 : La dépendance _____	24
• Figure 17 : La dernière consommation avant l'hospitalisation _____	24
• Figure 18 : L'abondant de traitement _____	25
• Figure 19 : Les causes d'abondant de traitement _____	25
• Figure 20 : Le stress _____	26
• Figure 21 : Le milieu de stress _____	26
• Figure 22 : L'accompagnement _____	27
• Figure 23 : La prise de traitement _____	27
• Figure 24 : La psychoéducation du patient _____	28
• Figure 25 : La psychoéducation de la famille _____	28
• Figure 26 : La relation patient/médecin _____	29

Liste des abréviations

CHP : Centre Hospitalier Préfectoral

ESSB : Etablissement de Soins de Santé de Base

IS : Institutions Sanitaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SDF : Sans Domicile Fixe

Introduction

Une rechute est la réapparition des symptômes antérieurs de la maladie et nécessite dans la plupart du temps une hospitalisation. Dans le domaine de la pathologie psychotique la schizophrénie s'accompagne souvent d'une vulnérabilité à développer les rechutes ; en effet c'est un processus graduel pouvant s'avérer réversible. Alors la prévention des rechutes est un enjeu major pour les patients vue ses conséquences négatives. En effet, pour cette raison on a choisi notre question de recherche qui se situe comme suit : quels sont les facteurs influençant les rechutes chez les schizophrènes ?

L'étude de ce problème va nous permettre par la suite d'aboutir notre objectif principal ce de prévenir les rechutes en matière de la schizophrénie, ainsi d'autres objectifs spécifiques, à savoir la réduction des graves conséquences liées à ces rechutes, l'amélioration de la pratique de soins en santé mentale, la participation à la réhabilitation psychosociale du patient ainsi la sensibilisation du patient et sa famille en matière de la maladie mentale.

En somme ; ces données soulignent l'importance de comprendre les facteurs contributifs de ces rechutes ; dont le but de minimiser ces dernières et d'apporter une aide efficace aux gens qui en souffrent.

Cependant, la schizophrénie est un problème de santé publique important. Affectant environ 1% de la population du monde, elle prend un énorme péage économique et social en plus du dysfonctionnement, de l'invalidité et de la mortalité pour ceux affligés par cette maladie, c'est également une maladie chronique qui doit être traitée pendant toute la vie. (Passerieux, 2009)

L'enquête nationale en santé mentale, réalisée en 2004 sur la population générale, retrouve que la prévalence des troubles psychotiques en vie entière est de 5,6 %, ces troubles sont générateurs d'handicap mental. Parmi ces troubles, le plus commun, est la schizophrénie, pathologie lourde et invalidante qui touche, selon l'OMS, 0,5 % à 1 % de la population âgée de

plus de 18 ans, c'est à dire qu'il y aurait au Maroc environ 338000 personnes touchées par cette maladie. (Ministère de la santé marocain , 2003-2006)

Lorsqu'on parle de la schizophrénie, la rechute est un problème universel qui est désormais un événement fréquent ; plus de 50% des patients rechutent dans les deux ans qui suivent un 1er épisode. (Passerieux, 2009)

Cependant une autre étude montre que les taux des rechutes varient entre 30% pour la 1ère année à 70% pour la 3ème année. (Symposium, 2008)

D'après notre enquête qu'on a réalisé au niveau du service de psychiatrie du CHP d'INZEGANE concernant les pathologies existantes fréquemment et surtout celles qui posent le phénomène de la porte tournante (ré-hospitalisation). On a consulté 422 dossiers des patients hospitalisés dans les trois premiers mois de l'année 2016, dont la schizophrénie représente 70% par rapport aux autres pathologies, et les rechutes de celle-ci est de 88%. Par contre le trouble bipolaire représente 12% des hospitalisations ; avec un taux de rechute arrivant jusqu'à 40%, de même 9% pour les accès psychotiques aigues avec un taux de rechute de 16,6%, et pour les troubles addictifs un pourcentage de 2,5% avec un taux de 80% de rechutes. La dépression est moins fréquente puisqu'elle représente 2% des patients hospitalisés, mais avec un taux de rechute égale à 37,5%. Pour les autres troubles anxieux ; les troubles de personnalité ; et les psychoses puerpérales elles représentent 4,5%.

Les rechutes peuvent survenir pour diverses raisons, notamment la non observance ; l'absence d'une psychoéducation ; la consommation de substance ainsi que l'existence d'un facteur de stress, qui peuvent reproduire ou aggraver les symptômes. (Trevor, 2006)

En effet, ces rechutes favorisent plusieurs conséquences personnelles ; cliniques ; familiales ainsi dans le domaine de la santé public .Plusieurs auteurs ont mis en exergues que ces conséquences délétères pouvant majorer une certaine désocialisation chez des patients à l'insertion professionnelle souvent fragile. Par ailleurs, le risque de développer une résistance aux traitements ultérieurs est loin d'être négligeable. (Palazzolo, 2009)

Par conséquence, ces rechutes peuvent aussi former un obstacle à une amélioration durable et à une vraie rémission ; pour le patient c'est un véritable retour en arrière ; il s'agit également d'un événement très douloureux et déstabilisant pour les familles. (Passerieux, 2009)

En plus de l'expérience de la détresse et du stress, les familles vivant avec un malade schizophrène doivent bien souvent subvenir aux besoins de celui-ci et subir un stress économique. (Almond, 2004)

Par exemple, en 1998, Magliano suggère que les membres d'une famille prenant soin d'un malade passent de 6 à 8 heures quotidiennement à lui offrir du soutien. Ce chercheur rapporte que les impacts familiaux les plus communs sont des contraintes dans les activités sociales, les effets négatifs sur la vie de la famille et les sentiments de perte. Vivre avec une personne qui souffre de schizophrénie et qui souffre fréquemment d'une décompensation au cours de sa vie peut entraîner des dépenses quotidiennes. De même qu'une diminution du revenu, étant donnée le temps consacré à offrir du soutien.

Enfin les rechutes engendrent une charge financière à long terme pour la société puisque la schizophrénie est la maladie la plus coûteuse traitée par les psychiatres. En 2002 Hert a observé que les dépenses gouvernementales pour chaque patient schizophrène sont dix fois plus élevées que le coût des soins de santé d'un citoyen moyen. Ce coût représente 1,9% des dépenses globales des gouvernements pour les soins de santé.

Au cours de notre formation, précisément durant les stages, Nous avons observé que les personnes atteintes de schizophrénie sont souvent en rechute, ce qui influence négativement leurs prises en charge.

D'une part, ce problème favorise des difficultés économiques très importantes pour la santé public, dans ce point on peut dire que la succession des ré-hospitalisations augmentent le coût de la prise en charge de la maladie, d'autre part c'est un évènement traumatisant pour le patient et sa famille, soient psychologiquement ; économiquement et socialement.

Cette observation est fortement argumentée par des chiffres réels des personnes hospitalisées au niveau du service de psychiatrie du CHP INZEGANE, dont le motif d'hospitalisation pour une rechute de schizophrénie est le plus dominant. Cependant cette irritation nous a poussées à choisir notre sujet de mémoire, ce de connaître les facteurs influençant les rechutes chez les schizophrènes au niveau du service de psychiatrie du CHP INZEGAN.

Vu les conséquences dévastatrices pour le patient et pour son entourage, et vu le poids des rechutes psychotiques pour la société, il est important de rechercher des stratégies de prévention efficaces, tels que la sensibilisation du patient et sa famille sur le risque de rechutes, ses facteurs et ses conséquences. C'est-à-dire assurer au moins une à deux séances de la psychoéducation pour le patient et ses proches, les éduqués sur les conséquences néfastes des drogues, en premier lieu la consommation du cannabis. Ainsi leur expliqués les signes d'alarme de la rechute, à savoir ; l'anxiété ; l'insomnie ; perte de poids ; perte de concentration et l'isolement. (Birchwood, 2000)

De même, la bonne observance de la médication et les interventions psychosociales semblent extrêmement importantes pour les patients schizophrènes. La thérapie familiale, l'apprentissage d'aptitudes sociales et la psychothérapie individuelle sont efficaces pour réduire les taux de rechutes. (Masson, 2002)

La revue bibliographique

La schizophrénie est une affection sévère qui hypothèque la santé des patients, freine leur autonomie naissante et perturbe gravement les familles concernées. (Masson, 2002)

Cependant c'est une maladie dont le risque de rechutes très élevé qui représente une problématique importante dans l'histoire de la maladie. (Palazzolo, 2009)

À l'origine de nombreuses ré-hospitalisations, ces rechutes sont généralement liées à plusieurs facteurs :

1. La non-observance médicamenteuse :

La non-observance est l'une des principales causes de rechutes de la schizophrénie. Le taux de rechute peut être jusqu'à quatre fois plus élevé chez les patients qui n'observent pas leur traitement. De plus, la non-observance représente le plus important facteur du cercle vicieux des ré-hospitalisations. (Trevor, 2006)

Une autre étude montre que jusqu'à 25 % des patients qui n'ont pas de trouble mental n'observent pas le traitement médicamenteux qui leur a été prescrit. Dans le cas de la schizophrénie, le taux de la non-observance est plus élevé : environ 40 % des patients n'observent pas leur traitement (le taux de non-observance partielle étant plus élevé, soit environ 75 %). (Trevor, 2006)

En effet, en 1990, Weiden et Olfson estiment que la mauvaise observance du traitement est responsable de 40 % des rechutes survenant dans l'année qui suit une hospitalisation et l'instauration d'un traitement.

Généralement cette mauvaise observance est influencée par plusieurs facteurs à savoir :

1-1 Les caractéristiques sociodémographiques

Selon les études, les résultats concernant les rechutes et les variables sociodémographiques chez des patients souffrant de schizophrénie sont controversés.

a. L'âge

Les études montrent que les patients les moins observant sont ceux d'âge inférieur à 45 ans (46%) comparativement à ceux de la tranche 45 – 64 ans (38%) qui sont également moins observant que les patients âgés de 65 ans ou plus (33%). Les jeunes patients seraient moins observant car ils auraient moins apprécié la sévérité de leur maladie et la nécessité d'un traitement ou abuseraient de substances. (Valenstein , 2004)

b. Le Sexe

À travers une enquête menée directement auprès des patients suivis en psychiatrie ambulatoire, le pourcentage de 48% d'observance chez les femmes est proche de celui de 45% chez les hommes. (Bordenave, 2003)

Autrement, une étude montre que les hommes jeunes ou au contraire très âgés sont moins observant que les femmes. (Buchanan, 1992)

Ainsi le sexe masculin constitue un facteur de risque de la non-observance. (Kampman, Psychiatry res, 2002)

c. Le statut marital

Le célibat est un facteur de rechute. (Kampman, Psychiatry res, 2002)

d. Le statut professionnel

Le fait d'avoir une activité sociale est associée à une meilleure observance. (Kampman, Psychiatry res, 2002)

En outre ; l'absence d'activité professionnelle, un bas niveau socioéconomique sont des facteurs prédictifs de la non-observance. (Nose, 2003)

e. Le niveau de scolarité

On trouve peu de données dans la littérature sur les liens entre le niveau d'étude et l'observance thérapeutique. (Fenton, 1997)

Dans une revue de la littérature, Bordenave (2003) n'a pas identifié de lien entre le niveau d'éducation et l'observance thérapeutique.

En 1999, Young rapporte que paradoxalement, plus le niveau d'étude est élevé, moins le patient est observant.

1-2 Les effets secondaires du traitement :

Les effets secondaires liés aux propriétés pharmacologiques des antipsychotiques sont souvent cités. D'après diverses études, 1/4 à 2/3 des patients qui arrêtent leur traitement citent les effets secondaires comme la première raison de leur mauvaise observance. (Fenton, 1997)

D'autres patients affirment que les antipsychotiques au lieu d'être une solution deviennent une partie importante de leurs problèmes par les effets indésirables qu'ils engendrent dont les plus fréquents sont les effets sur l'activité sexuelle, en plus la prise de poids et le syndrome métabolique, qui limitent l'utilisation des antipsychotiques, de même que la sédation. (Bai, 2006)

À titre d'exemple, lorsqu'il est demandé aux patients de désigner les effets indésirables ayant un impact négatif sur le traitement, les effets extrapyramidaux sont cités en premier rang, immédiatement suivis de la sédation. Pour les familles, la sédation est en totalité attribuée au traitement et se situe au premier rang des effets indésirables. (Angermeyer, 2000)

1-3 L'insight :

Droulout (2001) reprend une définition pour expliquer l'insight. Trois dimensions sont identifiées : la reconnaissance d'avoir un trouble mental, la capacité à reconnaître les symptômes psychotiques et l'observance du traitement.

L'absence de prise de conscience de la maladie « insight - » va de pair avec la difficulté liée à la perception d'un bénéfice thérapeutique. Ce défaut d'insight est un facteur régulièrement évoqué dans les causes de non-observance. (Adams, 2000)

En effet, OMS (1973) rapporte une absence de conscience chez plus de 4 patients sur 5, le critère étant qu'ils nient d'être malades.

1-4 L'accessibilité aux soins :

Une enquête a été réalisée au niveau de la Préfecture de Salé, cette dernière a révélé que les participants à cette enquête affirment qu'ils rencontrent de grandes difficultés d'accès aux services de santé en dépit de leur proximité géographique. En effet le contenu de discours des malades montre qu'il existe toujours des barrières financières et temporelles à l'accès aux soins surtout pour les populations les plus vulnérables. Parfois les malades ou un membre de leurs familles font des allers retours au centre de santé pour demander la disponibilité d'un médicament déjà prescrit lors d'une consultation ultérieure. (Iferghas, 2013)

Bien que les services au niveau des ESSB soient gratuits, les patients continuent de supporter des coûts de traitement, qui créent des barrières à l'accès aux soins.

En effet, 26 patients sur 30 ont affirmé avoir des difficultés pour acheter les médicaments, aggravées par l'absence de psychotropes essentiels dans la structure, en cas de rupture de stock. Pour les seuls patients ayant une couverture médicale (4 patients), ils affirment pouvoir se procurer les médicaments tant qu'ils sont remboursables.

Par ailleurs, même si que les services de base soient gratuits, les patients affirment qu'ils supportent des coûts additionnels pour le transport et l'achat des médicaments (Les antipsychotiques de 2^{ème} génération) qui ne sont pas disponibles au niveau des établissements de soins. (Iferghas, 2013)

2. La consommation de substances :

L'abus de substances est un facteur de risque énorme lorsqu'il est question de rechutes psychotiques. (Mueser, 2011)

Approximativement 50% des patients qui souffrent de la schizophrénie rencontrent à un moment de leur maladie des problèmes d'addiction. (Buckley, 1998)

Dans une étude, 99 patients récemment hospitalisés (âgés de 18-65 ans) pour schizophrénie, ont été suivis de manière prospective pendant 4 ans. Les enquêteurs ont trouvé que chez les patients utilisateurs de substances compliants, la moyenne avant une nouvelle hospitalisation était de 10 mois, contre 37 mois pour les non-utilisateurs compliants. Chez les patients qui ne prenaient pas leurs médicaments, le temps avant une nouvelle hospitalisation était de 5 mois pour les utilisateurs de produits, contre 10 mois pour les non-utilisateurs. Bien

que les utilisateurs non compliantes représentaient 28,3% de l'échantillon total, ils étaient responsables de 57% de toutes les hospitalisations psychiatriques, avec une moyenne de 1,5 par an. Au total, au cours des 4 ans, l'on relevait une moyenne de 3,6 hospitalisations chez les consommateurs de substances, contre 1,1 chez les autres. (Floris, 2004)

De plus, en 1998, Bowers a expliqué que les drogues entraînaient des altérations des systèmes dopaminergiques au niveau méso-limbique, ce qui rendrait les patients résistants à l'action des antipsychotiques et donc, un pronostic plus grave.

3. Le choix de médicaments

La plupart des travaux réalisés ces 50 dernières années ont mis en évidence que le fait d'améliorer la tolérance d'un traitement antipsychotique optimisait de manière significative la qualité de l'observance médicamenteuse et diminuait notamment la fréquence des rechutes. (Palazzolo, Elsevier, 2004)

Le choix de médicament exerce une influence importante sur l'évolution de la maladie. Des études en mettent en évidence l'impact de la molécule choisi soit de première ou de seconde génération, en monothérapie ou en bithérapie. De nombreux travaux ont confirmé que les premiers engendrent une mauvaise tolérance subjective par l'intensité de ces effets secondaires ; ce qui affaiblit la qualité de l'observance médicamenteuse et la fréquence des rechutes. (Hogan, 1983)

De plus en plus, Voruganti (2002) a comparé les antipsychotiques de seconde génération avec ceux de la première génération, en prenant en compte le point de vue subjectif des patients, le taux de bonne observance, la qualité de vie et le nombre de ré-hospitalisations des sujets interrogés pendant deux ans. Les résultats ont indiqué que les antipsychotiques de seconde génération apparaissent être les mieux tolérés, corrélés aux meilleurs taux de bonne observance, à l'origine de la meilleure qualité de vie et aux taux de ré-hospitalisation les plus faibles (principalement lorsqu'un antipsychotique de premier génération est remplacé par un antipsychotique seconde génération).

Gibson (2004) a pris en compte les informations fournies par l'assurance maladie du Michigan concernant l'ensemble des patients schizophrènes traités par olanzapine, rispéridone ou halopéridol entre janvier 1995 et septembre 1998. Ses résultats mettent en évidence que les

taux de renouvellements d'ordonnances les plus élevés concernaient l'olanzapine, suivie par la rispéridone et l'halopéridol. La fréquence des rechutes évolue alors dans le même sens.

Cependant, Eaddy (2005) a étudié pendant un an l'observance médicamenteuse de 7864 patients souffrant de schizophrénie, et pour cela il a pris en compte le nombre de comprimés ingérés par les sujets hors de l'hôpital. Là encore, l'observance et la stabilisation clinique apparaissent meilleures dans le groupe sous antipsychotiques de seconde génération versus le groupe sous antipsychotiques de première génération.

4. Le stress

La maladie réapparaît lorsque les facteurs de stress environnementaux débordent les facultés d'adaptation ou les facteurs de protection : Ici, les événements de vie (deuil, séparation, changement de situation professionnelle ; sociale ou familiale...) sont sources d'angoisse plus importante que dans la population générale du fait des capacités d'adaptation moindres. (Palazzolo, 2009)

Selon la logique qui sous-tend le modèle vulnérabilité-stress, un patient avec schizophrénie est plus susceptible de vivre des épisodes de décompensation et de rechutes lorsqu'il est confronté à un ou plusieurs facteurs de stress environnementaux de nature interne ou externe. (Bebbing, 1993)

5. La psychoéducation

Haywood (1995) Confirme l'utilité des programmes psycho-éducatifs pour diminuer les rechutes et améliorer l'observance. Ces prises en charge peuvent prendre des modalités différentes selon le type de programme proposé mais sont surtout basées sur des modèles comportementaux et cognitifs : informations sur la maladie, informations sur le traitement (indications, effets secondaires) et éducation sur l'observance thérapeutique. Ces prises en charge ont pu démontrer leur efficacité par rapport aux objectifs fixés, à savoir une amélioration des connaissances sur les traitements, une amélioration des compétences sociales en situation médicale, ainsi qu'une amélioration de l'observance et par conséquent diminution du taux de rechute.

Parmi plusieurs études, en 1999, Valenstein a suivi durant 2 ans 10 patients âgés en moyenne de 43 ans qui présentaient un trouble schizophrénique. Les sujets étaient hospitalisés au moins deux fois dans l'année pour une réapparition de symptômes psychotiques. L'objectif était d'étudier l'impact d'un programme éducatif spécifique. Ce programme visant à diminuer la fréquence des rechutes consistait en un entretien par semaine centré sur la prise de conscience par le patient et la famille des bénéfices du traitement médicamenteux et des risques de non-observance ainsi de rechutes. Avant le programme éducatif, ces patients passaient en moyenne 64,9 jours par an à l'hôpital, étaient hospitalisés en moyenne 3,9 fois par an. Durant l'année qui suivait le programme, le nombre de journées d'hospitalisations chutait à 16,1 et le nombre d'hospitalisations à l'aide de programmes éducatifs.

En effet, dans la plupart du temps, les familles des patients schizophrènes détiennent très peu d'information sur la maladie mentale, pouvant ainsi contribuer au stress de la personne souffrante et conséquemment entraîner des rechutes psychotiques. (Lefley, 2009)

6. L'alliance thérapeutique

L'attitude du médecin en matière de communication, le type de relation entre le médecin et son patient et les habitudes de prescription sont les points essentiels en matière d'observance. (Bond, 1991)

Par ailleurs, Weiss (2002) insiste sur l'importance de l'alliance médecin-malade pour améliorer l'observance au traitement. L'information dispensée doit être claire, compréhensible, complète et accessible pour garantir une meilleure efficacité, tolérance ainsi observance thérapeutique. Elle concerne la pathologie en cause, les traitements disponibles, les objectifs, les bénéfices et les effets latéraux des médicaments prescrits, et elle concerne également la famille. L'information donnée au patient et à sa famille doit permettre une véritable « négociation » avec pour but d'adapter le traitement à un style de vie personnel.

Une étude a montré que les patients qui consentaient à prendre un traitement étaient davantage satisfaits de leur relation avec leur médecin, se sentaient compris par eux, avaient reçu une information sur les bénéfices et les effets secondaires de leur traitement. (Marder, 1983)

Matériels et méthodes

1. Le devis de recherche :

Ce chapitre est consacré à la description de la méthodologie adoptée pour répondre à la question de recherche.

1-1 Le type de la recherche :

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons mené une étude descriptive quantitative de premier niveau, elle vise à décrire les facteurs influençant les rechutes chez les schizophrènes, au niveau du service de psychiatrie du CHP Inzegane.

2. Le milieu de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au niveau du Centre Hospitalier Provincial d'Inzegane, service de psychiatrie.

2-1 La présentation du milieu d'étude :

Le centre hospitalier Préfectoral d'Inzegane est construit au début de l'année 1955 il a joué un rôle important pendant le séisme d'Agadir en 1960. Le service de psychiatrie est un service attaché au département de médecine au sein du CHP d'Inzegane, sa mission est d'assurer le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies mentales, de poursuivre une surveillance régulière des traitements ambulatoires et toutes tâches qui incombent au service médico-social, de collaborer avec les autres services, assurer un enseignement clinique des étudiants infirmiers en santé mentale.

2-2 La justification du milieu de l'étude :

CHP d'Inzegane est choisi comme milieu de l'étude pour les raisons suivantes :

- ✓ Lieu de constat.
- ✓ L'accessibilité au service est facile.
- ✓ La participation des responsables est garantie

3. La présentation de la population d'étude :

Comme il a été précisé comme but de notre recherche, les facteurs influençant les rechutes chez les schizophrènes, la population cible regroupe les patients schizophrènes en rechutes, actuellement pré-a-sortir c'est-à-dire dans un stade optimal, et leur familles.

3-1 Les critères d'inclusions :

- Age \geq 18 ans.
- Patient ayant un diagnostic de schizophrénie.
- Toutes formes cliniques incluent.
- Patient ayant déjà fait une rechute au moins une fois.
- Patient déjà mis sous antipsychotique.
- Patient en cours d'une rémission favorable ou un membre de leur famille qui maîtrise l'histoire de la maladie du patient et vis avec.

3-2 Les critères d'exclusions :

- Age $<$ 18 ans.
- Patient n'ayant pas fait de rechute précédente.
- Le refus de consentement pour l'étude.
- Patient inapte : La phase productive de la schizophrénie.
- Membre de la famille inapte.
- Schizophrénie avec comorbidité neurologique ou déficience intellectuelle.

4. La méthode d'échantillonnage :

Ce fait par choix raisonnée en effet, l'étude concerne 61 patients hospitalisés pour une rechute de schizophrénie et actuellement en amélioration.

Cet échantillonnage se fait comme suit : au niveau de service de psychiatrie d'Inzegane on a l'accès à une population de 160 patients, généralement hospitalisés pour différentes pathologies. On a fait un triage primaire qui nous a permis d'exclure 68 personnes, qui n'appartiennent pas à la population de l'étude.

Il nous reste 92 patients diagnostiqués parmi eux on a exclu 31 personnes qui ne répondent pas aux critères d'inclusion, alors notre échantillon de l'étude cible 61 patients répondant aux critères.

5. La description d'instrument et d'outils de collecte et d'analyse des données.

La collecte des données s'est effectuée simultanément auprès des participants à l'étude cela a été dans la période comprise entre le 7 au 31 Mars.

Pour répondre à la question de notre recherche et dans le but de recueillir le maximum des données on a utilisé le questionnaire (annexe n° 1).

Cet instrument de collecte de données est destiné aux participants à l'étude, les thèmes traités au niveau de ce questionnaire portaient sur les facteurs influençant les rechutes chez les schizophrènes.

Pour élaborer cet instrument on a suivi ces étapes :

À partir de notre revue bibliographique on a fait la synthèse d'un cadre de référence qui retombe sur sept dimensions portant sur le but de la recherche. Cela nous a permis d'élaborer la première version.

Cette version a été testée chez trois patients qui présentent les mêmes critères de notre échantillon de l'étude, et qui ne font pas partie des participants à l'étude.

Ce test nous apporte plusieurs contraintes au niveau du contenu de ce questionnaire.

- ✓ La structure de certaines questions est invalide.
- ✓ Il contient des questions compliquées et non pertinentes pour l'étude.
- ✓ Certaines questions sont vagues et non précisées.
- ✓ Au niveau de l'intervalle temporel l'instrument contient plus de 50 questions, ce qui influence négativement la qualité des réponses.

En effet, on a modifié la première version en retenant les questions qui apparaissent plus pertinentes par rapport au but de la recherche.

Ce questionnaire a été ajusté et validé par notre promoteur pour avoir sa version finale.

Par l'auto-administration du questionnaire nous avons assisté toutes les unités d'analyse dans le remplissage du dit outil.

Une fois collectées, les données ont été analysées via les logiciels : Excel et Sphinx.

En effet, la transformation de ces données en graphiques à type d'histogramme groupé, nous a permis d'interpréter facilement les résultats.

5-1 La description de contenu du questionnaire :

Ce questionnaire est subdivisé en sept dimensions :

- ✓ La première dimension concerne les caractéristiques sociodémographiques, elle contient sept questions directes sur : le sexe ; l'âge ; le statut marital ; l'habitat ; le niveau de scolarité ; le statut professionnel et le niveau économique.
- ✓ La deuxième dimension concerne les antécédents psychiatriques, elle contient une question orientée.
- ✓ La troisième concerne le choix de médicaments, elle contient cinq questions : questions fermées ; orientées et à choix multiples.
- ✓ La quatrième dimension concerne la consommation de substances, elle est divisée en cinq questions, soient des questions orientées ; fermées ou à choix multiples.
- ✓ La cinquième dimension concerne l'observance thérapeutique, elle est dispatchée en dix questions, soient des questions orientées ; fermées ou à choix multiples.
- ✓ La sixième dimension concerne les facteurs environnementaux, elle contient six questions orientées ; fermées et à choix multiples.
- ✓ La septième dimension concerne l'alliance thérapeutique, elle comprend une question fermée.

Le choix de cet instrument est basé sur plusieurs raisons :

- La liberté d'expression
- L'anonymat
- La confidentialité des renseignements fournis.

6. L'aspect éthique :

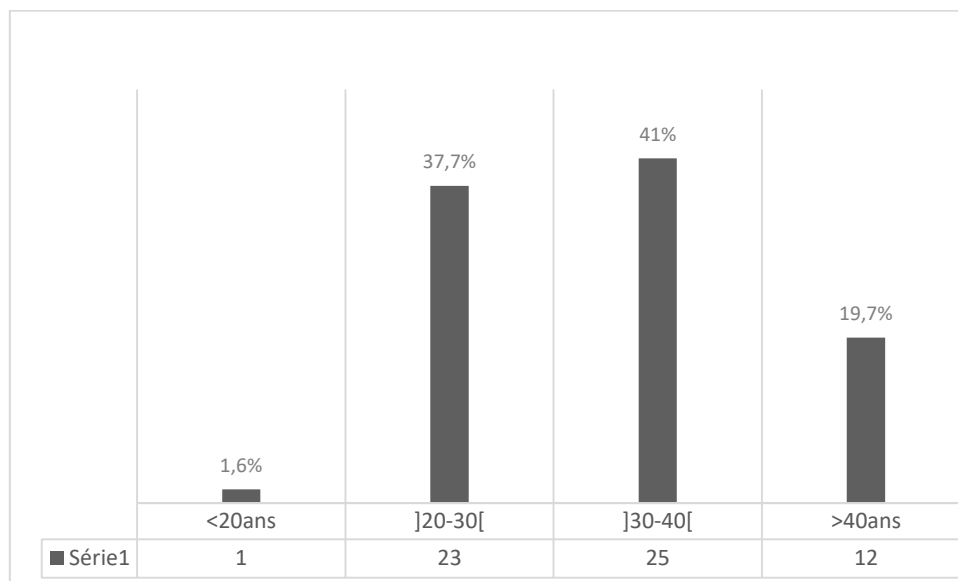
L'aspect éthique sera pris en considération tout au long de notre étude et nous avons entrepris des mesures pour cette fin, à savoir :

- ✓ L'obtention des accords des responsables.
- ✓ Explication des objectifs et l'intérêt de l'étude.
- ✓ Le respect de confidentialité.
- ✓ Le droit à l'anonymat : Les participants à cette étude ont été informés qu'ils avaient le droit et la liberté à décider de l'étendue de l'information à donner.
- ✓ Le droit à l'autodétermination : Ce principe est respecté et signalé à tous les participants à cette étude. Ces derniers ont été informés qu'ils avaient le droit de décider librement leur participation ou non à l'étude.

Résultats

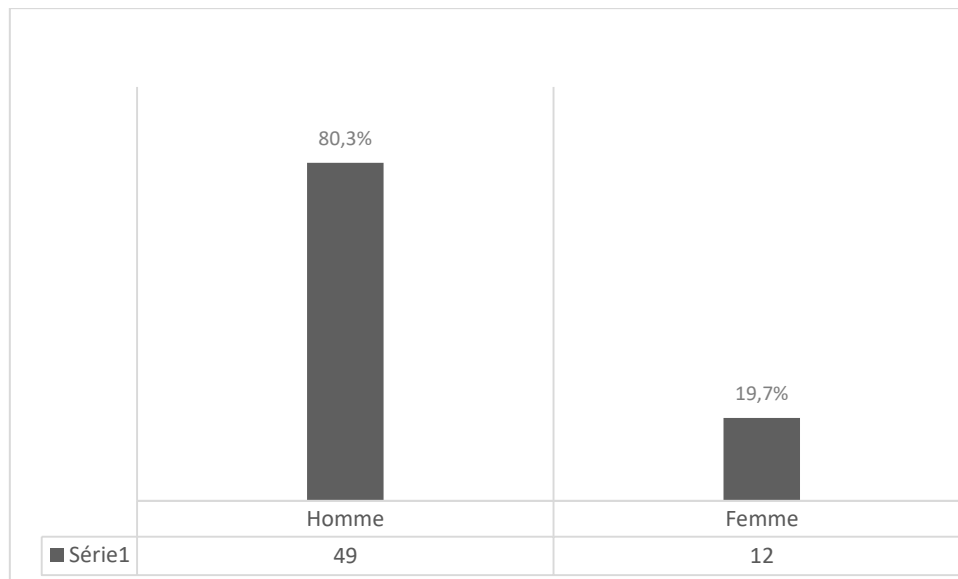
Dans le but d'une signification souhaitable de notre étude nous avons collecté les données à l'aide d'un questionnaire, sur 61 questionnaires nous avons rempli la totalité ce qui fait un taux de réponse de 100%.

1. Les caractéristiques sociodémographiques



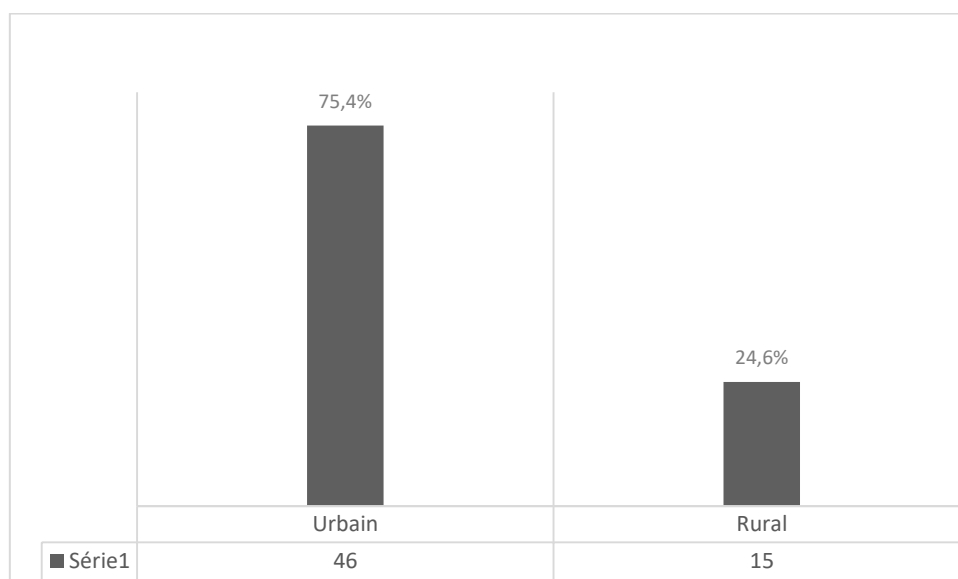
- Figure 1 : L'âge

✓ Selon le graphique "Age", on constate que les tranches d'âge des patients questionnés sont réparties comme suit 41 % sont des patients dont l'âge est] 30-40[ans.



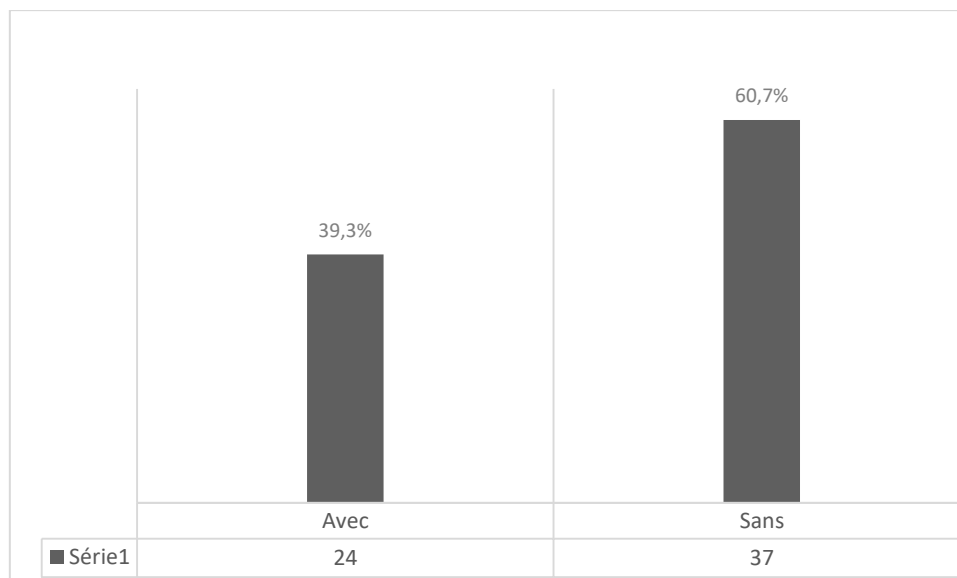
• Figure 2 : Le sexe

✓ On constate que la plupart des patients questionnés (80,3%) sont de sexe masculin.



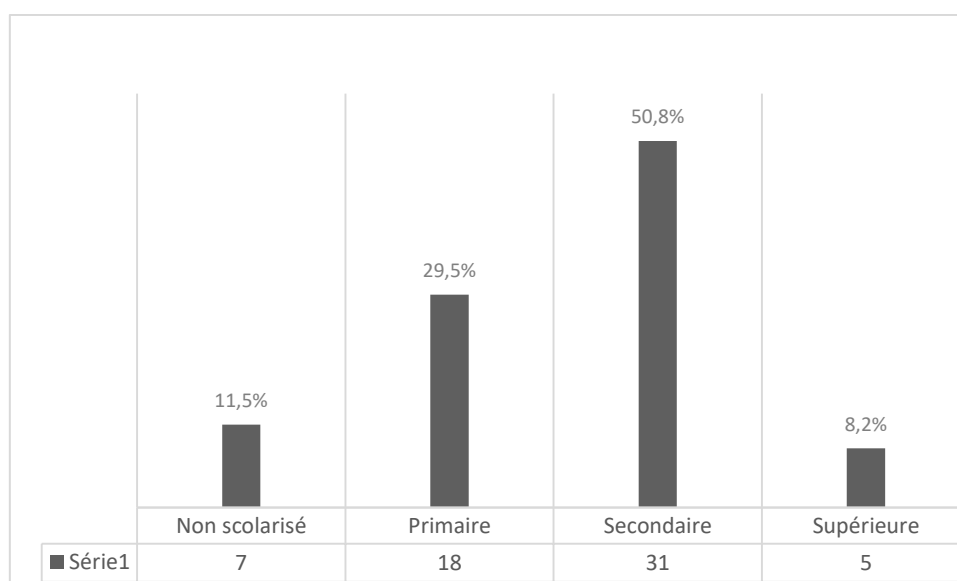
• Figure 3 : L'habitat

✓ Le graphique illustratif de la population étudiée par le milieu d'habitat nous indique que 75,4%.



• Figure 4 : Le statut professionnel

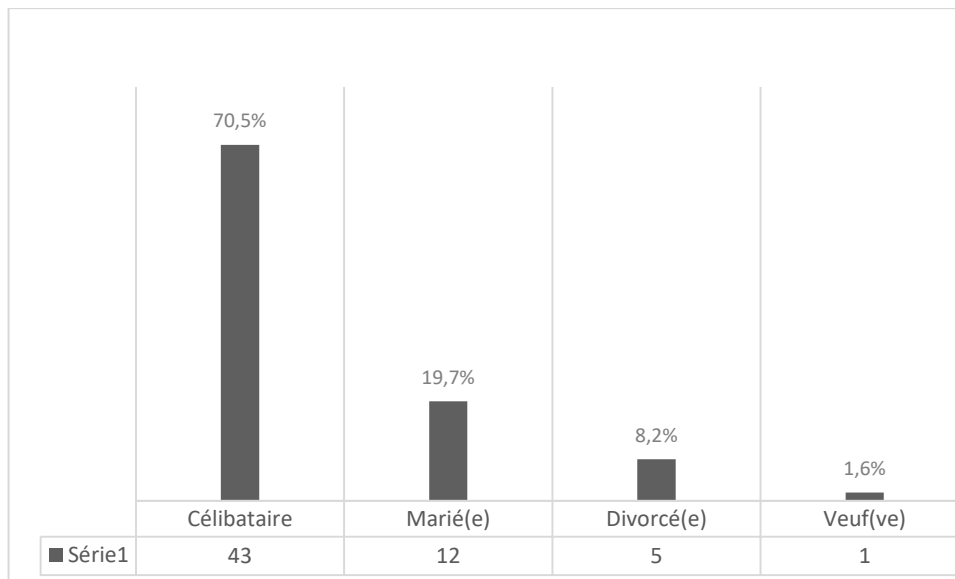
✓ On constate que 60,7% des patients sont sans profession.



• Figure 5 : Le niveau de scolarité

✓ La moitié des participants confirment qu'ils ont un niveau scolaire secondaire, 11,5% n'ont jamais été scolarisés.

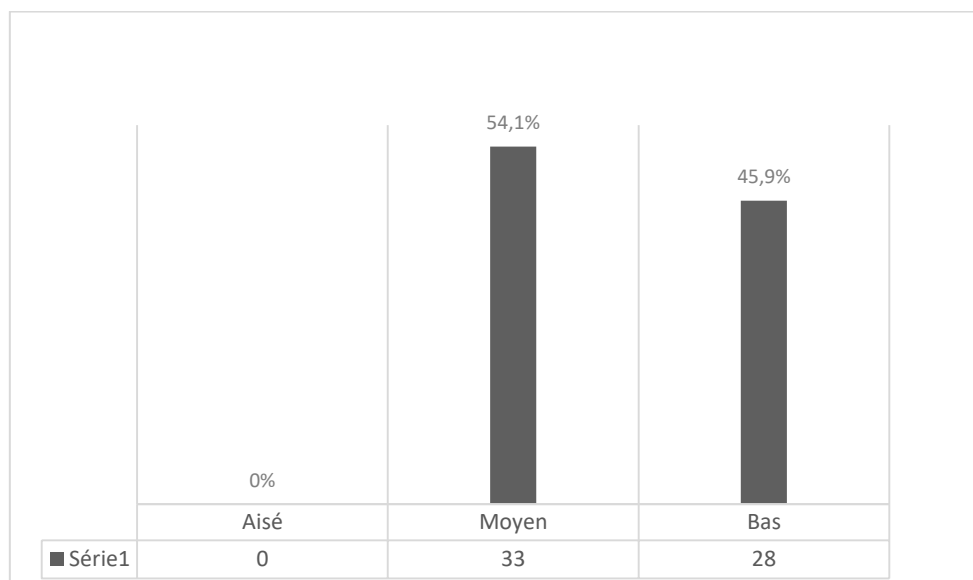
✓



• Figure 6 : Le statut marital

✓

On constate que 70,5% des patients sont célibataires.

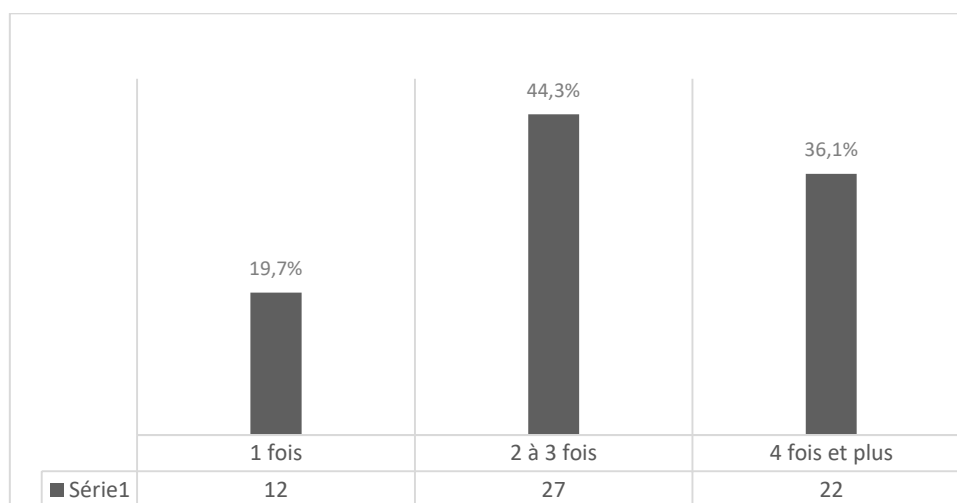


• Figure 7 : Le niveau économique

✓

Plus de la moitié des patients (54,1%) sont issues d'un niveau socio-économique

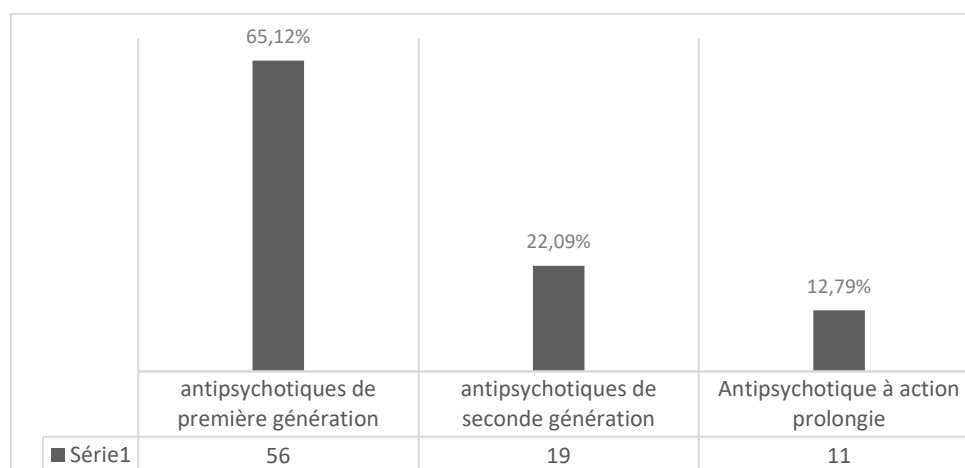
2. Les antécédents psychiatriques



• Figure 8 : Le nombre d'hospitalisations

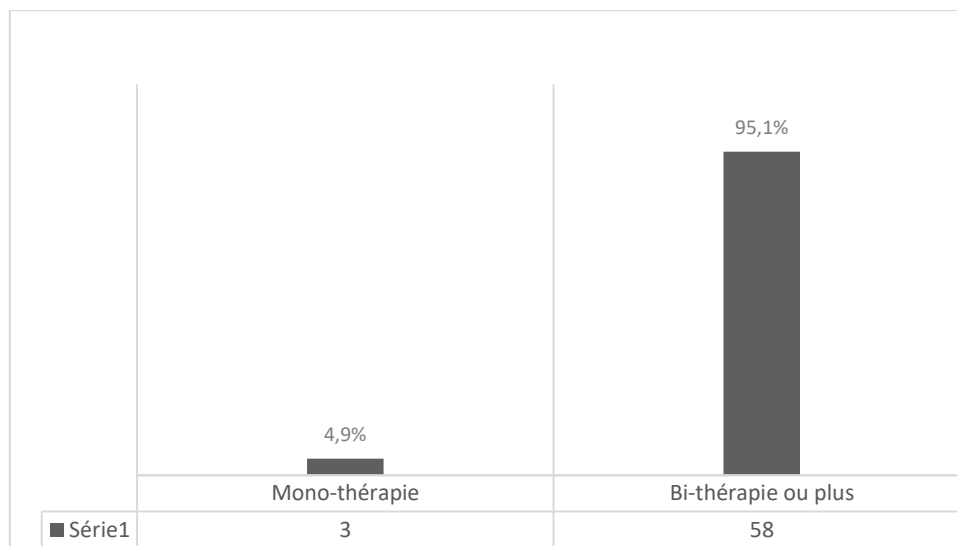
✓ D'après les résultats mentionnés sur le graphique ci-dessus qui montre le nombre des hospitalisations au service de psychiatrie, il ressort que 44,3% des patients ont déjà été hospitalisés 2 à 3 fois.

3. Le choix des médicaments



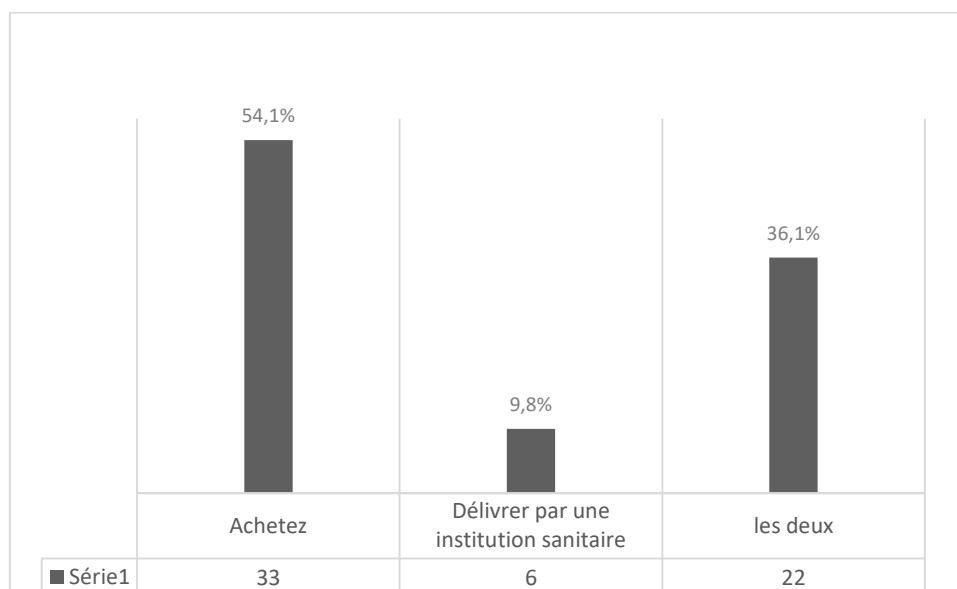
• Figure 9 : Le type des antipsychotiques utilisés

✓ La plupart des médicaments utilisés (65,12%) sont des antipsychotiques de premier génération, utilisés surtout en bithérapie ou plus (95,1%). (Voir figure 11)



• Figure 10 : Le nombre des antipsychotiques utilisés

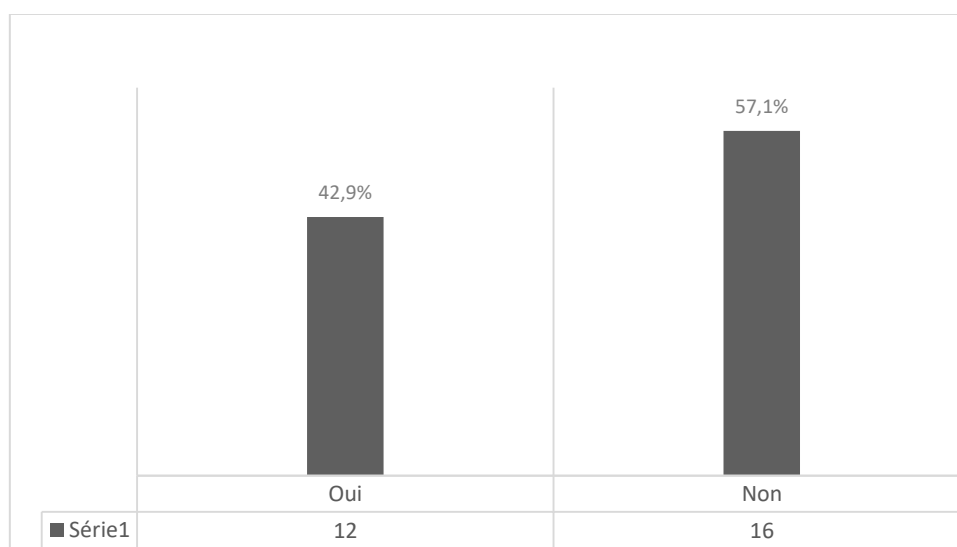
✓ (Voir interprétation Figure 10).



• Figure 11 : Les sources de médicament

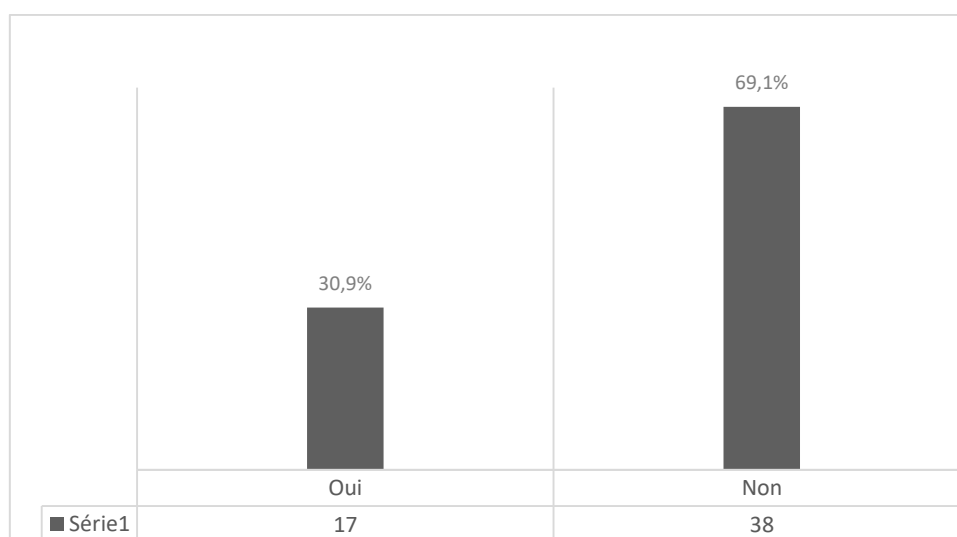
✓ On constate que la plupart des patients (54,1%) achètent leurs médicaments.

3-1 Facteurs influençant le maintien de la médication.



• Figure 12 : Le manque de traitement dans les institutions sanitaires

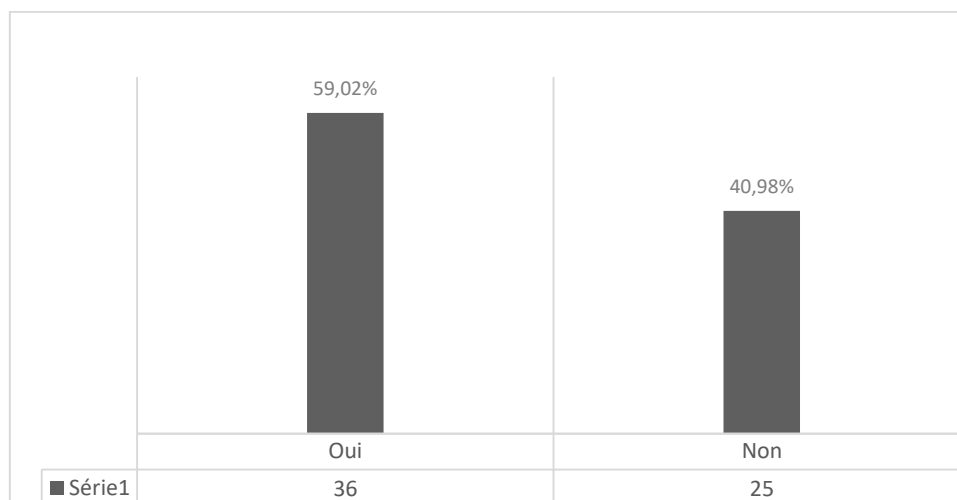
✓ Selon les résultats figurants sur ce graphique ; 57,1% des cas ont affirmé un manque de médicaments au niveau des IS et le reste des patients confirment l'inverse.



• Figure 13 : Le manque de moyens

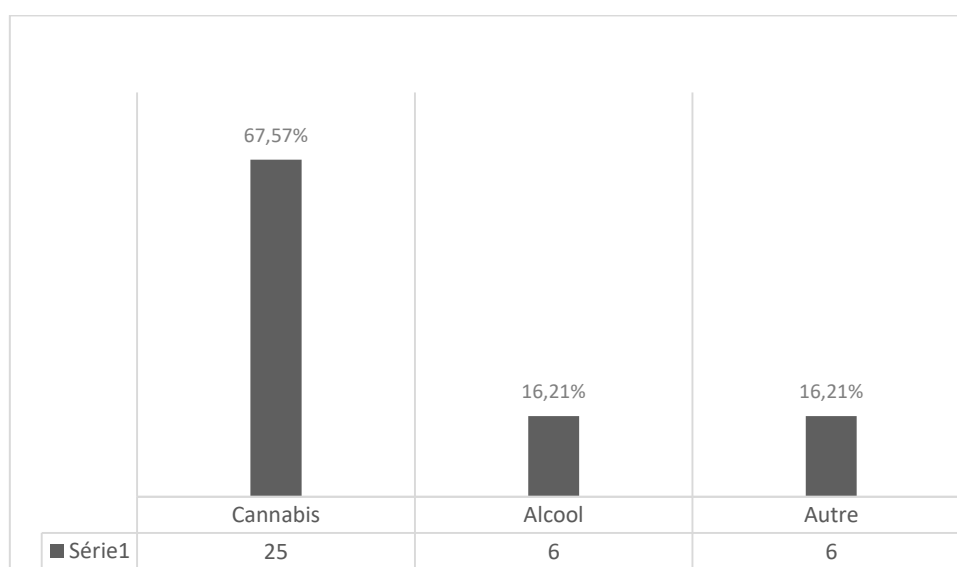
✓ D'après les résultats mentionnés sur le graphique ci-dessus il ressort que 69,1% n'ont pas interrompu leur thérapie par faute des moyens.

4. La consommation de substances



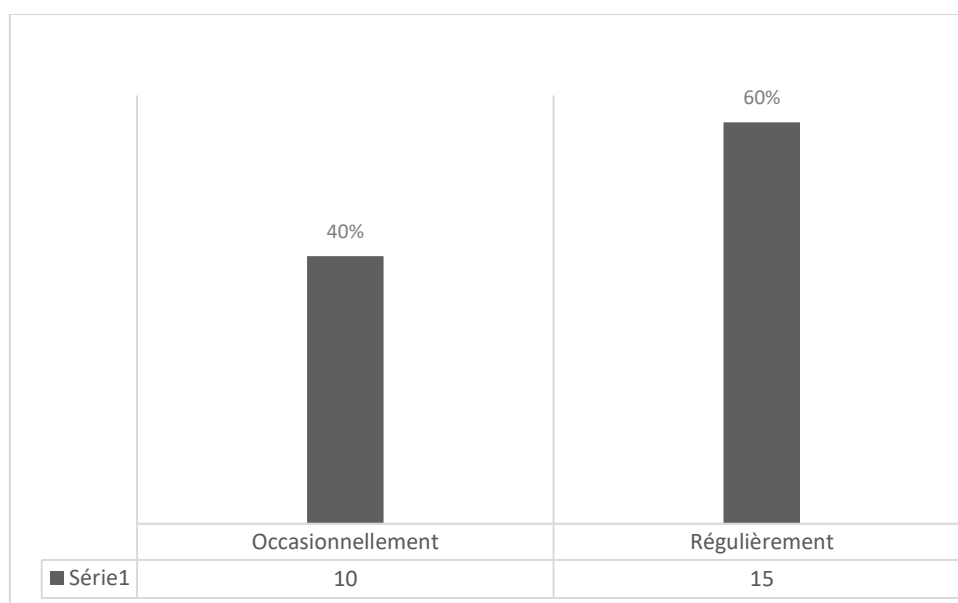
• Figure 14 : La consommation de substances

✓ Selon les résultats figurants sur ce graphique ; plus de la moitié (59%) des patients rechutés consomment de substances, en premier lieu le cannabis comme c'est présenté en (Figure 15) par un taux de 67,57%.



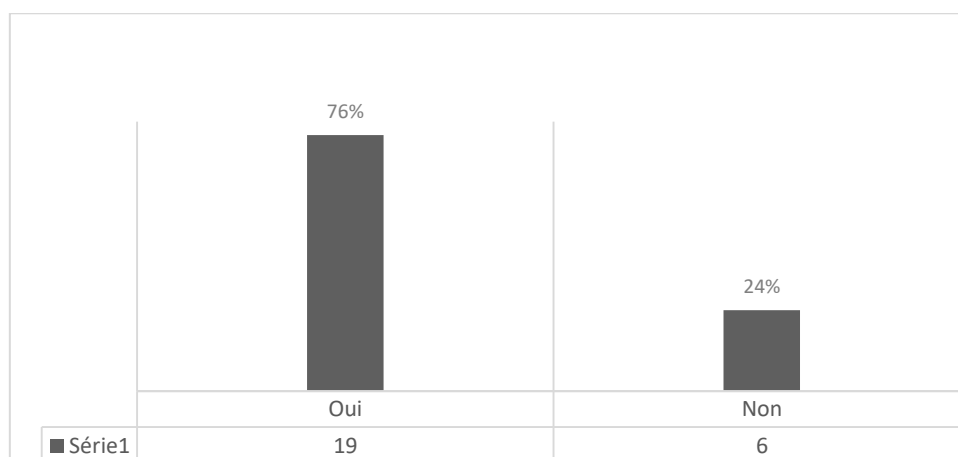
• Figure 15 : Type de substances

✓ (Voir interprétation figure 14).



- Figure 16 : La dépendance

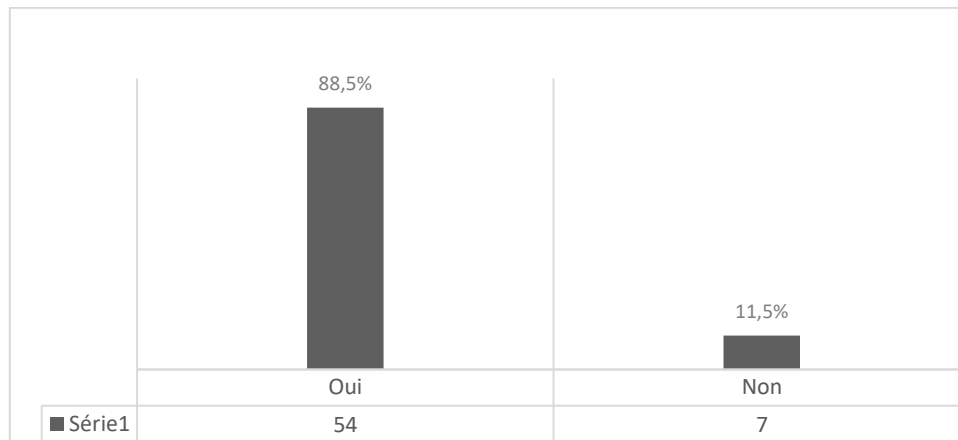
✓ D'après les résultats mentionnés sur (La figure 16) ils témoignent que 60% des consommateurs sont dépendants, c'est-à-dire avec un usage régulier.



- Figure 17 : Consommation juste avant l'hospitalisation

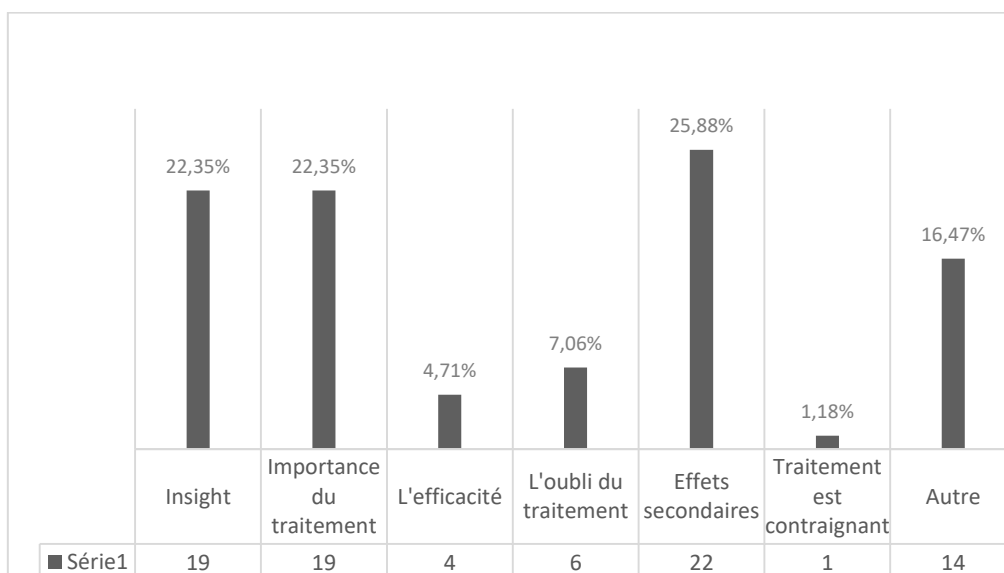
✓ 76% des patients rechutés ont consommés directement avant leur dernière hospitalisation.

5. L'observance thérapeutique



• Figure 18 : L'abondant de traitement

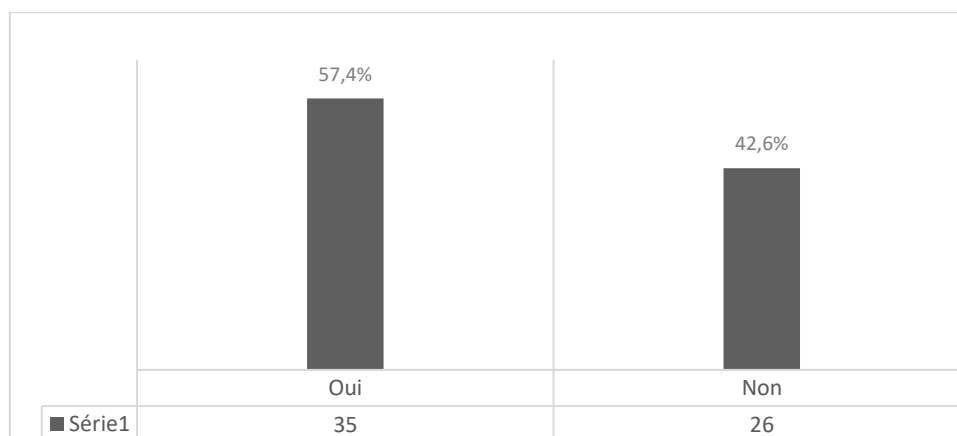
✓ On déduit de ce graphique que la majorité des cas participant à notre étude (88,5%) ont abandonné leur traitement. Cependant, comme le montre (La figure 19) la cause selon 22,35% des cas est liée à un trouble d'insight, ainsi la même proportion affirme qu'ils ont interrompu leur traitement car ils pensent qu'il n'est pas important ou indispensable, ainsi 25,88% des cas ont lié la rupture de leur traitement à cause de ses effets secondaires.



• Figure 19 : Les causes d'abondant de traitement

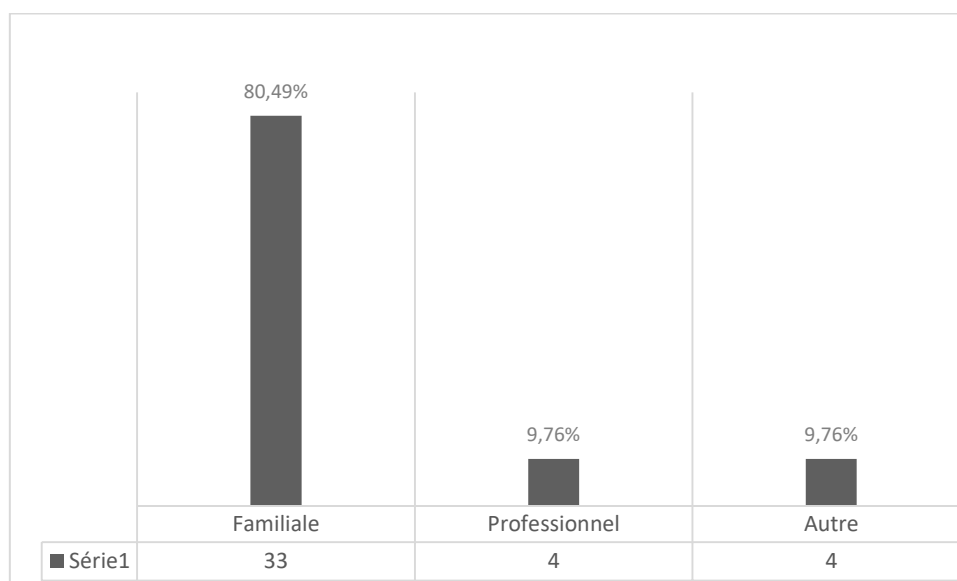
✓ (Voir interprétation de la figure 18).

6. Les facteurs environnementaux



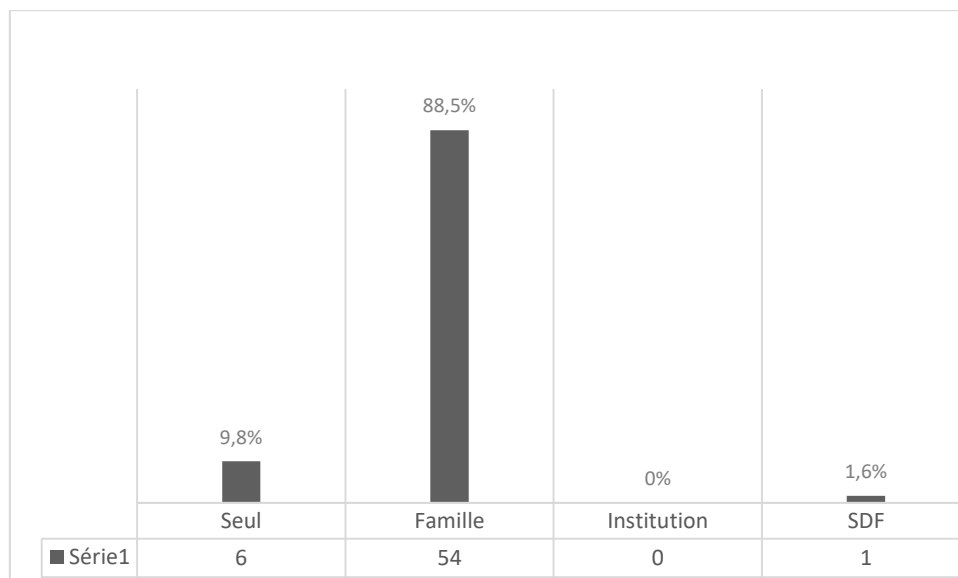
• Figure 20 : Le stress

✓ Ce graphique ressort que 57,4% des participants déclarent qu'ils sont exposés à un stress, (familial), d'un taux de 80,49%.



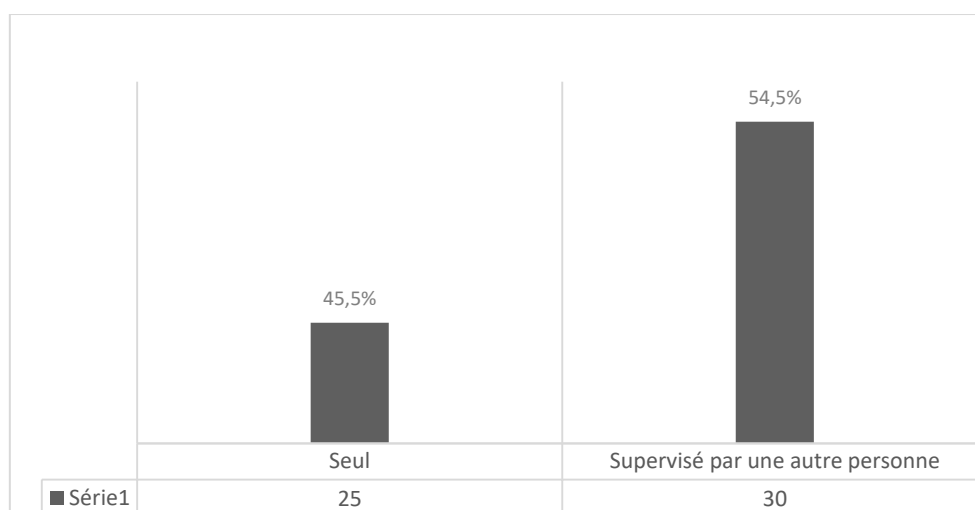
• Figure 21 : Le milieu de stress

✓ (Voir interprétation de la figure 20).



• Figure 22 : L'accompagnement

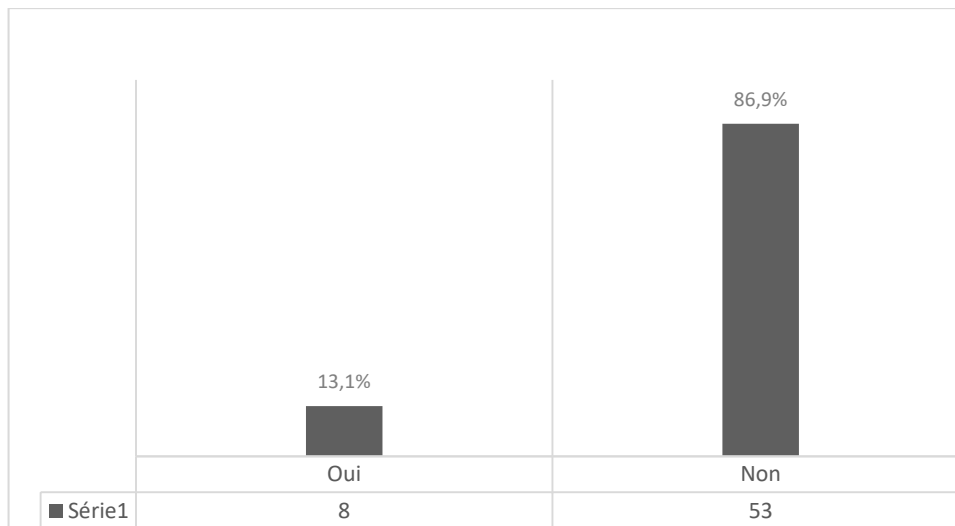
✓ Solen les résultats de ce graphique 88,5% vivent avec leurs familles.



• Figure 23 : La prise de traitement

✓ D'après les résultats figurants sur la figure 24 on constate que 54,5% des patients participants à notre étude sont supervisé dans la prise de leur traitement.

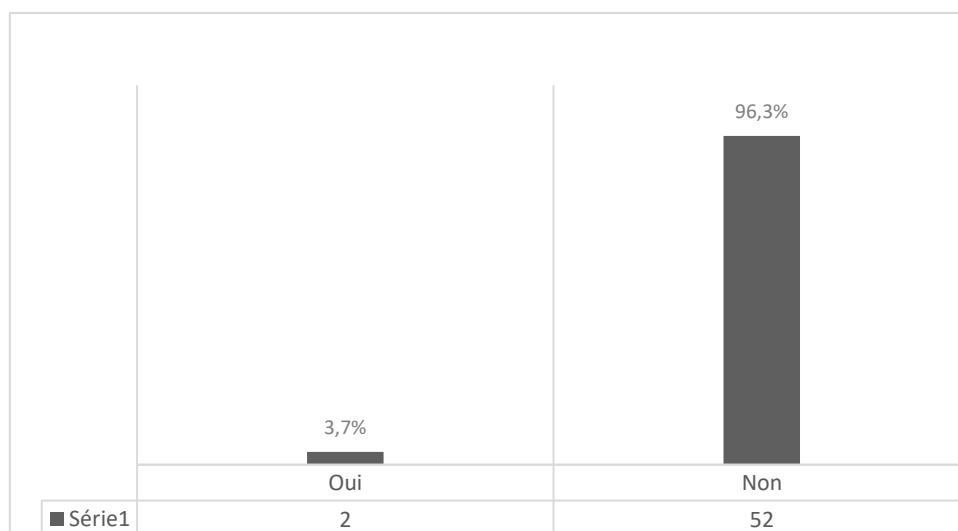
✓



• Figure 24 : La psychoéducation du patient

✓

Il ressort des résultats de ce graphique que la majorité des cas (86,9%) n'ont pas bénéficié de psychoéducation, c'est pareille pour leur famille participants avec (96,3%).

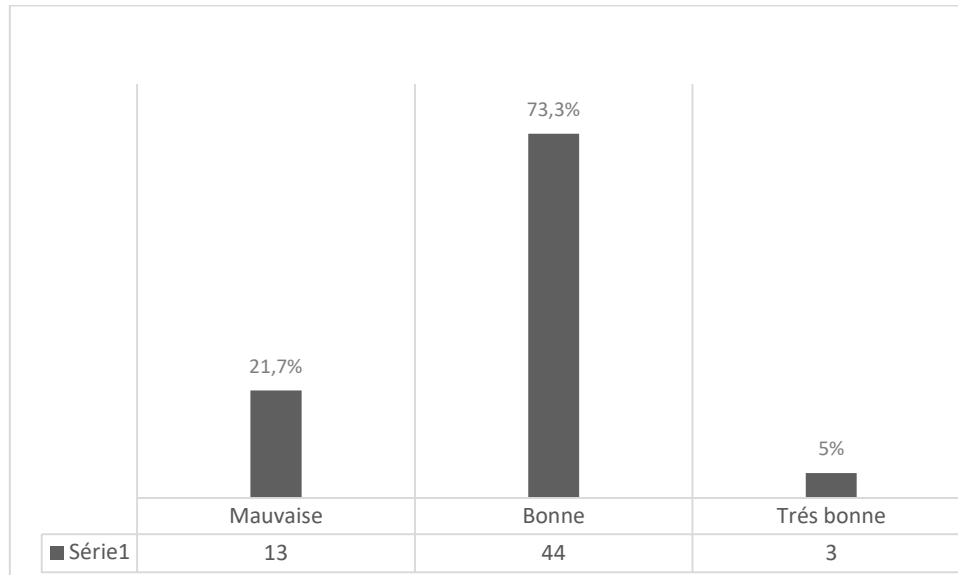


• Figure 25 : La psychoéducation de la famille

✓

(Voir interprétation de la figure 24).

7. L'alliance avec le thérapeute



• Figure 26 : La relation patient/médecin

- ✓ La plupart des patients (73,3%), affirment qu'ils ont une bonne relation thérapeutique avec leurs médecins.

Discussion

La discussion des résultats de la présente étude concernera les facteurs influençant les rechutes chez les schizophrènes au niveau du CHP d'Inzegane, service de la psychiatrie.

Cette étude a révélé un certain nombre de facteurs qui influence les rechutes chez les schizophrènes.

1. La non-observance médicamenteuse.

Les résultats de l'étude révèlent que (88,5%) des patients participants n'observent pas leur traitement. D'après notre revue de la littérature, une étude montre que jusqu'à (25 %) des patients qui n'ont pas de trouble mental n'observent pas le traitement médicamenteux qui leur a été prescrit. Dans le cas de la schizophrénie, le taux de la non-observance est plus élevé : environ (40 %) des patients n'observent pas leur traitement (le taux de non-observance partielle étant plus élevé, soit environ 75 %). (Trevor, 2006)

1-1 Les caractéristiques sociodémographiques :

a. L'âge :

Les résultats de notre étude révèlent que, les tranches d'âge des patients questionnés se répartissent comme suit : (41 %) sont des patients dont l'âge est] 30-40[ans, (37,7%) entre]20-30[ans 40ans. Donc, Presque (39%) des patients de notre échantillon sont âgés de 20-40 ans, dans ce sens nos résultats rejoignent ceux de Valenstein (2004) dans son étude qui a montré que les patients les moins observant et très disposés à la rechute sont ceux d'âge inférieur à 45 ans (46%) comparativement à ceux de la tranche 45 – 64 ans (38%).

b. Le sexe :

La majorité des patients (80,3%) ont un sexe masculin, cela a été démontré par Kampman (2002) qui affirme que le sexe masculin constitue un facteur de risque de la non-observance, donc un facteur de prédisposition aux rechutes.

c. Le statut Professionnel :

Selon notre étude (60,7%) sont sans profession. Une étude montre que le fait d'avoir une activité sociale est associé à une meilleure observance. (Kampman, 2002)

Donc un facteur protecteur qui peut minimiser le risque de rechute. En outre, l'absence d'activité professionnelle, un bas niveau socioéconomique sont des facteurs prédictifs de la non-observance. (Nose, 2003)

d. Le niveau de scolarité :

La moitié des participants (50,8%) confirme ayant un niveau scolaire secondaire, selon une revue de la littérature, Bordenave (2003) n'a pas identifié de lien entre le niveau d'éducation et les rechutes. Or, en 1999, Young a rapporté que paradoxalement, plus le niveau d'étude est élevé, moins le patient est observant donc pour lui c'est un facteur prédictif.

e. Le statut marital :

Notre étude révèle que la plupart des patients (70,5%) sont des célibataires. En effet, Kampman (2002) affirme que le célibat est un facteur de rechute.

1-2 Les effets secondaires du traitement :

D'après notre étude on a constaté que (25,88%) des participants ont abandonné leur traitement à cause de ses effets secondaires. D'après diverses études, 1/4 à 2/3 des patients qui stoppent leur traitement citent les effets secondaires comme la première raison de leur mauvaise observance. (Fenton, 1997)

1-3 L'insight :

Selon notre étude (22,35%) des patients sont inconscient de leur trouble .Or, en 1973, l'OMS à réalisa la première grande étude empirique sur les sujets schizophrènes en rechute, elle rapporte l'absence de conscience chez plus de 4 patients sur 5, le critère étant qu'ils nient être malades.

1-4 Accessibilité aux soins :

Les résultats de notre étude nous indiquent que (75,4%) habite au milieu urbain et (24,6%) des patients vivent au milieu rural. Or, une enquête qui a été réalisée au niveau de la Préfecture de Salé, cette dernière a révélé que les participants à cette enquête affirment qu'ils rencontrent de

grandes difficultés d'accès aux services de santé en dépit de leur proximité géographique. (Iferghas, 2013)

2. La consommation de substances :

La majorité des patients participant à notre étude (59%) affirment qu'ils consomment de substances toxiques et dont (60%) sont des consommateurs réguliers, cela rejoint à l'étude de Buckley (1998) qui montre qu'approximativement plus (50%) des patients qui souffrent de schizophrénie rencontrent à un moment de leur maladie des problèmes d'addiction.

3. Le stress :

D'après notre étude (57.4%) des patients vivent sous plusieurs facteurs de stress.

Ce qui a été argumenté par Palazzolo (2009), qui affirme que la maladie réapparaît lorsque les facteurs de stress environnementaux débordent les facultés d'adaptation ou les facteurs de protection.

4. Le choix de médicaments :

Les résultats de l'étude révèlent qu'environ de (65,88%) des participants sont sous antipsychotiques de première génération cela concorde avec une étude de Voruganti (2002) qui y'a comparé les antipsychotiques de seconde génération et les antipsychotiques de première génération en prenant en compte le point de vue subjectif des patients, le taux de bonne observance, la qualité de vie ainsi le nombre de rechutes des sujets interrogés pendant deux ans. Les résultats ont indiqué que les antipsychotiques de seconde génération apparaissent être les mieux tolérés, corrélés aux meilleurs taux de bonne observance, à l'origine de la meilleure qualité de vie et aux taux de ré-hospitalisation les plus faibles (principalement lorsqu'un antipsychotique de première génération est remplacé par un antipsychotique de seconde génération).

5. La psychoéducation :

La majorité des patients (86,9%) affirment qu'ils n'ont pas profité de psychoéducation ainsi (96,3%) de leurs familles confirment ce résultat ce qui a été confirmé par plusieurs études ; par exemple Conte (1996) a suivi durant 2 ans 10 patients âgés en moyenne de 43 ans qui présentaient un trouble schizophrénique. Les sujets étaient hospitalisés au moins deux fois dans l'année pour une réapparition de symptômes psychotiques dus à une non-observance reconnue par le patient. L'objectif était d'étudier l'impact d'un programme éducatif spécifique. Ce

programme visant à améliorer l'observance et à diminuer la fréquence des rechutes consistait en un entretien par semaine centré sur la prise de conscience par le patient et la famille des bénéfices du traitement médicamenteux et des risques de non-observance. Avant le programme éducatif, ces patients passaient en moyenne 64,9 jours par an à l'hôpital, étaient hospitalisés en moyenne 3,9 fois par an. Durant l'année qui suivait le programme, le nombre de journées d'hospitalisations chutait à 16,1.

6. L'alliance thérapeutique :

Plus de la moitié des participants (73,3%) affirment qu'ils participent entretiennent de bonnes relations avec leur thérapeute. En outre, Misdrahi (2002) affirme que l'attitude du médecin en matière de communication, le type de relation entre le médecin et son patient et les habitudes de prescription sont les points essentiels en matière d'observance. En addition, une étude de Marder (1983) a montré que les patients qui consentaient à prendre un traitement étaient davantage satisfaits de leur relation avec leur médecin, se sentaient compris par eux, avaient reçu une information sur les bénéfices et effets secondaires de leur traitement.

Conclusion

Rappel de la problématique.

Les troubles mentaux représentent une grande charge de la morbidité mondiale. Ils affectent 450 million de personnes, (75%) à (80%) des personnes atteintes des troubles mentaux vivant en voie de développement. En effet la schizophrénie est l'une des troubles mentaux la plus sévère puisqu'elle s'associe à un risque très élevé de rechute, un problème fréquent engendrant des effets dévastateurs pour plusieurs personnes. En effet, ces effets touchent directement le patient et sa famille. Pour eux, en plus d'être un fardeau économique, ces rechutes entraînent une souffrance psychologique traumatisante ainsi de graves conséquences au niveau social. De même, les rechutes psychotiques particulièrement ceux de la schizophrénie constituent un enjeu major de santé qui nécessite des stratégies pour mieux remédier la situation et pour nous c'est un problème grave de santé, ainsi qu'une préoccupation pertinente qu'il faut mettre en lumière.

Les principaux résultats et apport théoriques de l'étude.

La présente étude a montré que les rechutes chez les personnes atteintes de la schizophrénie, au niveau de service de psychiatrie au CHP Inzegane ; sont influencées par plusieurs facteurs, ceux en relation avec le patient, son environnement (stress, observance médicamenteuse) ; consommation de substances et d'autre relatifs à la prise en charge, soient le choix de médicament, le niveau économique, l'alliance thérapeutique et des facteurs liés à la psychoéducation du patient et de sa famille. Or, notre étude a montré que les rechutes dues à la non-observance médicamenteuses sont les plus fréquentes par un taux de (88,5%) en suite celles dues à la consommation de substance par un taux de 59% dans le même sens le stress avec un taux de (57,4%).

Les limites de l'étude :

Lors de l'élaboration de ce travail, on a été confronté à divers limites :

- La limite théorique :
 - ✓ La rareté des données nationales relatives à notre sujet d'étude.

- Les limites méthodologiques :
 - ✓ Il est préférable d'utiliser la méthodologie renseignée pour réaliser ce travail (FORTIN).
 - ✓ Manque de détails sur la méthodologie IMRAD adopté pour ce travail.
- Les limites empiriques :
 - ✓ Il est préférable que l'étude englobe au moins 2 à 3 services de psychiatrie au niveau de la région pour mieux cerner tous les facteurs.

Les perspectives :

La bonne connaissance de ces facteurs oriente donc vers la mise en place d'un plan permettant une bonne qualité de soins thérapeutiques et de mesures de prise en charge efficaces. Cependant pour aboutir des résultats pertinents ; mieux minimiser le taux de rechute, mieux stabiliser la symptomatologie psychotique et plus faciliter le reclassement et la réinsertion sociale du patient ; Il faut :

- ✓ Rendre les psychotropes disponibles au sein des ESSB afin de réduire toutes ruptures de la médication.
- ✓ Encourager la recherche scientifique en matière de santé mentale et consacrer plus d'efforts et budget pour la santé publique.

Cela donc vise à améliorer la qualité de vie des patients souffrant de la schizophrénie, et qui vivent des épisodes de rechutes.

Afin d'arriver à obtenir ces attentes ; et en addition aux suggestions proposées par la recension des écrits ; nous proposons certaines recommandations :

Au niveau ministériel :

- ✓ La mise en place des plans d'actions posés par le ministère de la santé qui s'adresse à la promotion de la recherche en santé et en particulier la santé mentale.
- ✓ Développer l'effort de sensibilisations de formation en privilégiant nettement des modules de base, sur les psychothérapies de soutien individuel et familial.
- ✓ Instaurer un système de suivi ambulatoire aux patients souffrant de la schizophrénie
- ✓ Élargir la couverture médicale de base aux maladies mentales chroniques et invalidantes.

- ✓ Rendre disponible au niveau des ESSB les médicaments de 3^{ème} génération et les psychotropes essentiels avec ciblage des personnes vulnérables.

Au niveau du service :

- ✓ Il est essentiel que toutes les personnes souffrant de schizophrénie élaborent un plan avec leur équipe de traitement en vue de réduire le risque de rechute.
- ✓ La mise en place d'un manuel ou un guide de la psychoéducation des infirmiers en santé mentale.
- ✓ Développer l'effort de sensibilisation sur :
 - Les signes d'alarme de rechutes.
 - Le risque de la non-observance médicamenteuse.

Au niveau familial :

- ✓ Impliquer la famille dans la prise en charge du patient.
- ✓ Poser des entretiens familiaux, voire thérapie familiale
- ✓ Créer des espaces d'échange et d'entraide pour les rencontres des familles et des éducateurs pour réfléchir sur les difficultés et les solutions possibles.

Au niveau social :

- ✓ Intégrer l'assistance sociale dans la prise en charge des patients vulnérables.
- ✓ Soutenir les malades dans le processus d'adaptation et de réhabilitation sociale.

Bibliographie

- Adams, J. (2000). Acta psychiatr scand. Predicting medication adherence in severe mental disorders, pp. 119-24.
- Almond. (2004).
- Angermeyer, M. (2000). Psychiatr Prax. Neuroleptics and quality of life, pp. 64-8.
- Bai, Y. (2006, Association of initial antipsychotic response to clozapine and long-term weight gain). Am J Psychiatry.
- Bebbing. (1993).
- Berry. (2012).
- Birchwood. (2000).
- Bond, W. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. pp. 1978-1988.
- Bordenave, C. (2003, GABRIEL, GIRAUD-BARO E, DE BEAUCHAMP I, BOUGEROL T, CALOP J.), L'ENCEPHALE. Pourquoi les patients souffrant de troubles psychotiques ne sont-ils pas observants de leur médicaments ?, pp. 213-22.
- Buchanan, A. (1992). Psychol med. A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia, pp. 787-97.
- Buckley, P. (1998). Substance abuse in schizophrenia. pp. 26-3.
- C. Passerieux. (2009). L'encéphale, pp. 586-594.
- Conte. (1996).
- D. MISDRAHI. (2002). ENCEPHALE. L'observance dans la schizophrénie: facteurs prédictifs, voies de recherche, implications thérapeutiques, pp. 266-72.
- Droulout, T. (2001). Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques., (p. 162). Bordeaux.
- Eaddy, M. (2005). Clin Ther. Assessment of compliance with antipsychotic treatment and resource utilization in a Medicaid population, pp. 263-72.
- Fenton, W. (1997). Schizophrenia bulletin. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings, pp. 637-51.

- Floris, M. (2004). Supplément à Neurone. Toxicomanie et schizophrénie : un défi pour la prescription, p. 16.
- Gibson, P. (2004), Damier R, Jackson EA, et al. The impact of olanzapine, risperidone, or haloperidol on the cost of schizophrenia care in a Medicaid population. Value Health 2004;7:22–35). Value Health. The impact of olanzapine, risperidone, or haloperidol on the cost of schizophrenia care in a Medicaid population, pp. 22–35.
- Haywood, T. (1995). Am j psychiatry. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders, pp. 856-61.
- Hogan, T. (1983). Psychol Med. Self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity, pp. 177–83.
- Iferghas, A. (2013). Mémoire de fin d'études. La prise en charge des troubles mentaux au niveau des ESSB : état des lieux. Préfecture de Salé.
- Canneva, J. (2004). Pluriels. La place des familles dans l'accompagnement des personnes qui souffrent des troubles psychiques.
- Kampman, O. (2002). Psychiatry res. indicators of medication compliance in first-episode psychosis, pp. 39-48.
- Kampman, O. (2002). Psychiatry res. Indicators of medication compliance in first-episode psychosis, pp. 39-48.
- L'International Pilot Study of Schizophrenia . (s.d.).
- Leclerc, Claude. (1997).
- Lefley. (2009).
- Magliano. (1998).
- Marder, S. (1983). Am j psychiatry. A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment, pp. 470-2.
- Masson, A. (2002). Supplément à neurone.
- Ministère de la santé marocain . (2003-2006). Enquête nationale sur les prévalences des troubles mentaux en population générale.
- Misdrahi, D. (2002, 08 05). Mise au point. Observance thérapeutique, p. 287.
- Mueser. (2011).
- Nose, M. (2003). Psychol med. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes, pp. 1149-60.

- OMS. (1973). International pilot study of schizophrenia.
- Palazzolo, J. (2004). Elsevier. Observance médicamenteuse et psychiatrie.
- Palazzolo, J. (2009). Médico-Psychologiques. pp. 308-317.
- Passerieux, C. (2009). L'encéphale. pp. 586-594.
- Schizophrenia, L. P. (s.d.).
- Symposium, J. (2008, 10). L'information psychiatrique. pp. 949-954.
- Trevor. (2006). Institut de recherche en santé. Canada.
- Valenstein. (1999).
- Valenstein, M. (2004).
- Valenstein, M. (2004). Schizophr bull. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors, pp. 255-64.
- Voruganti, L. (2002). Schizophr Res. Switching from conventional to novel antipsychotic drugs: results of a prospective naturalistic study, pp. 201-8.
- FENTON, W. (1997). SCHIZOPHRENIA BULLETIN. DETERMINANTS OF MEDICATION COMPLIANCE IN SCHIZOPHRENIA : EMPIRICAL AND CLINICAL FINDINGS, pp. 637-51.
- Weiss, K. (2002). Schizophr bull. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders, pp. 341-9.
- Young, J. (1999). psychiatry law. Medication adherence failure in schizophrenia: a forensic review of rates, reasons, treatments, and prospects, pp. 426-44.

Les annexes

Annexe n°1 : Questionnaire



المعهد العالي للمهن التمريضية وتغذية الصحة، أكادير
ⵎⴰⵔⴻⵎ ⵏ ⵓⵎⵎⴰⵔ ⵏ ⵓⵎⵎⴰⵔ ⵏ ⵓⵎⵎⴰⵔ ⵏ ⵓⵎⵎⴰⵔ
Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé, Agadir



**Questionnaire destiné aux personnes atteintes de la schizophrénie,
qui sont hospitalisés pour une rechute.**

Élaboré par :

Saila ABJIG

Hamza MRINI

Roumaissa OUBAH

Encadré par :

Dr : Jalal DOUFIK

Questionnaire pour établir le mémoire de fin d'étude.

Dans le cadre de notre formation à l'Institut supérieurs des professions infirmières et techniques de santé Agadir. Nous avons chargé de réaliser un projet de fin d'études qui vise à explorer les facteurs influençant les rechutes chez les personnes atteintes de la schizophrénie au niveau de service psychiatrique CHP INZEGANE. Pour ceci nous vous prions de remplir ce questionnaire.

Je porte à votre connaissance que le droit de l'anonymat et de confidentialité sont pris en considération.

Les facteurs influençant les rechutes chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Les caractéristiques sociodémographiques

1. Sexe	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
2. Âge	<input type="radio"/> <20ans <input type="radio"/>]20-30[<input type="radio"/>]30-40[<input type="radio"/> >40ans
3. Statut marital	<input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf (ve)
4. Habitat	<input type="radio"/> Urbain <input type="radio"/> Rural
5. Niveau de scolarité	<input type="radio"/> Non scolarisé <input type="radio"/> Primaire <input type="radio"/> Secondaire <input type="radio"/> Supérieure
6. Travail	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
7. Niveau économique	<input type="radio"/> Aisé <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Bas

Les antécédents psychiatriques

8. Combien de fois vous avez été hospitalisée au service de psychiatrie ?	<input type="radio"/> 1 fois <input type="radio"/> 2 à 3 fois <input type="radio"/> 4 fois et plus
---	--

Le choix des médicaments

10. Utilisez-vous les antipsychotiques en :	<input type="radio"/> Mono-thérapie <input type="radio"/> Bi-thérapie ou plus
11. Quel est le type des antipsychotiques que vous utilisez ?	<input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Atypique <input type="checkbox"/> Neuroleptiques à Action Prolongée Vous pouvez cocher plusieurs cases.
12. Achetez-vous votre traitement, ou bien vous le prenez dans une institution sanitaire ?	<input type="radio"/> Achetez <input type="radio"/> Délivrer par une institution sanitaire <input type="radio"/> les deux
13. Est-ce que ça vous est-il arrivé d'arrêter le traitement à cause de manque de moyens	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non La question n'est pertinente que si Source de médicament Parmi "Achetez ; les deux"
14. Avez-vous déjà arrêté le traitement à cause de manque de ce dernier dans votre institution sanitaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non La question n'est pertinente que si Source de médicament Parmi "Délivrer par une institution sanitaire ; les deux"

Consommation du substance

14. Êtes-vous consommateur d'une substance ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
15. Précisez-vous ?	<input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Autre Vous pouvez cocher plusieurs cases.
16. Si 'Autre', précisez :	<div></div>
17. Est-ce que vous utilisez cette substance :	<input type="radio"/> Occasionnellement <input type="radio"/> Régulièrement
18. Avez-vous consommé cette substance juste avant cette hospitalisation ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

L'observance thérapeutique

19. Est-ce que vous arrivez d'abandonner votre traitement ?

☐ Oui ☐ Non

Aller à '28-Stress' si Abandonnement de traitement = "Non"

À votre avis quelle est la cause :

21. Pensez-vous que vous n'êtes pas malade ?

22. Arrivez-vous à un stade que vous sentez vous n'êtes plus besoin du traitement

23. Vous n'avez pas senti les effets bénéfiques du traitement ?

24. Vous oubliez de le prendre ?

25. Le traitement avait trop des effets secondaires ?

26. Le traitement est trop contraignant ?

27. Avez-vous d'autres ?

1

☐☐☐☐☐☐☐

Oui (1).

28. Précisez-vous ?

La question n'est pertinente que si Autre = "Oui"

Facteurs environnementaux

29. Sentez-vous un malaise dans votre environnement ? ..

☐ Oui ☐ Non

30. À quel niveau ?

☐ Familiale ☐ Professionnel ☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Stress = "Oui"

31. Vivez-vous avec qui ?

☐ Seul ☐ Famille ☐ Institution ☐ SDF

32. Pensez-vous votre traitement seul, ou bien supervisé par une autre personne ?

☐ Seul ☐ Supervisé par une autre personne

La question n'est pertinente que si Accompagnement Parmi "Famille ; Institution"

33. Est-ce que vous avez déjà bénéficié d'une séance de psychoéducation ?

☐ Oui ☐ Non

34. Est-ce que votre famille a déjà bénéficié d'une séance de psychoéducation ?

☐ Oui ☐ Non

La question n'est pertinente que si Accompagnement = "Famille" et Accompagnement = "Famille"

L'alliance avec le thérapeute

34. Que pensez-vous de votre relation avec votre médecin ?

☐ Mauvaise ☐ Bonne ☐ Très bonne

Annexe n°2 : Canevas du sujet de recherche

1. La description de problème :

La schizophrénie est un problème de santé public il touche 1% de la population du monde. l'enjeu principal devant cette affection est de traiter ;ou stabiliser la maladie mais plus important c'est d'éviter les rechutes qui sont très fréquent chez cette population et engendre un véritable retour en arrière pour le patient ;il s'agit également d'un événement douloureux et déstabilisant pour les familles non parlant sur le cout de rechute qui est principalement représenté par l'hospitalisation donc il est nécessaire de connaître les facteurs causant cette problématique pour qu'on puissent intervenir comme corps sanitaire.

2. La pertinence :

La schizophrénie est un trouble de santé mentale grave. Les rechutes psychotiques sont un phénomène courant dans l'évolution de cette maladie. Celles-ci entraînent un nombre important d'effets négatifs, et ce, tant au niveau individuel que Social. En effet pour cette raison il est important d'étudier et de discuter ce problème. Connaître les facteurs favorisant ces rechutes c'est le premier pas vers une prévention favorable.

3. L'objectif du travail

a. Objectif principal :

Décrire les facteurs influençant les rechutes chez les patients atteints de la schizophrénie.

b. Objectifs spécifiques :

- ✓ Améliorer les pratiques de soins dont l'objectif de promouvoir la santé mentale.
- ✓ Participer à la psychoéducation familiale.
- ✓ Sensibiliser le patient et sa famille en matière de la santé mentale.
- ✓ Participer à la réhabilitation psychosociale du patient.

4. La question de recherche

a. La Question principale :

- ✓ Quels sont les facteurs influençant les rechutes chez les patients atteints de la schizophrénie. ?

b. Les questions spécifiques :

- ✓ Quel sont les conséquences liées aux rechutes chez les personnes atteintes de la schizophrénie ?
- ✓ Comment peut-on agir devant les rechutes psychotiques au tant qu'infirmiers en santé mentale ?
- ✓ Quelle aide apporter au patient et sa famille ?

- ✓ Quel est l'intérêt d'éviter ses rechutes ?

5. La faisabilité de travail :

Pour répondre à la question de recherche, Nous avons amené une étude descriptive quantitative du premier niveau qui peut s'étaler sur une période de 3 mois. L'étude va se dérouler au niveau du Centre Hospitalier Préfectoral Inzegane et précisément au niveau de service de psychiatrie. Dont l'accès à l'information et la documentation est très possible ainsi la disponibilité de la population cible

6. Utilités retombés :

- ✓ Rendre les psychotropes disponibles au sein des ESSB afin de réduire le taux de la non observance et d'éviter au maximum possible l'interruption de la médication.
- ✓ Diminuer le phénomène de la porte tournante (Ré-hospitalisation).
- ✓ Diminuer la charge de travail chez les personnels infirmiers, pour améliorer la qualité des soins.
- ✓ Maîtriser la symptomatologie psychotique ce qui minimiser la souffrance du patient et celle de sa famille.
- ✓ Diminuer le coût de soins par la réduction du taux de ré-hospitalisation.
- ✓ Promouvoir de la santé mentale par la réduction de la fréquence d'un problème de santé.

Annexe n°3 : Grille d'évaluation des projets de fin d'études

Titre du mémoire : Les facteurs influençant les rechutes chez les patients atteints de la schizophrénie au niveau de CHP d'INZEGANE.

Noms et prénoms :

- Saila ABJIG
- Hamza MRINI
- Roumaïssa OUBAH

Éléments	Critères à observer	Barème	Not e
Formulation du problème	Préoccupation pertinence et prioritaire pour la pratique Le problème est clair, précis et bien argumenté Justifications du choix du sujet : clairement présenté	2,5	
la question de recherche (QR) /objectifs	Précise les concepts à l'étude ; la population cible le contexte et l'orientation du travail Logique par rapport au problème	1,50	
La recension des écrits (R E)	Riche et pertinente par rapport au sujet Qualité des références La bibliographie est présentée en respectant une norme de présentation	2,5	
Matériel et méthodes			
- type d'étude	Précisé et adapté à la question de recherche	0,5	
- échantillonnage et taille	Approprié au sujet et bien expliqué	1,5	
- instruments de mesure	Appropriés, bien élaborés et critiqués	1,5	
- collectes des données	Processus décrit clairement et approprié au sujet	1,5	
Présentation des résultats	Précisées et appropriées par rapport au sujet	1,5	
Considération éthiques	Mentionnés et pris en considération	1,5	
Analyse et interprétation des résultats	- Résultats bien commentés et analysés par rapport à la QR ou aux objectifs de recherche - Discussion : cohérente avec le cadre de référence, le problème de recherche et l'état des connaissances - Recommandations adaptées et pratiques	2.5	
Qualité du document écrit	Respect des règles de la langue française Respect des règles de présentation matériel du document Le mémoire est écrit de façon claire et articulée	3	
Note totale sur 20		20	

Commentaire du jury

.....
.....
.....

Décision du jury :

Accepté..... (.....)

Accepté avec corrections mineurs.....(.....)

Accepté avec corrections majeurs.....(.....)

Travail à refaire.....(.....)

Signature du jury :

Nom et prénom :.....signature :.....

Nom et prénom :..... signature :.....

Nom et prénom : signature :.....

Annexe n°4 : La grille d'appréciation de la soutenance

Critères à observer	Barème	Note
1. Présentation		
Le candidat respecte la durée prévue pour la présentation (15 mn)	2	
La présentation constitue un apport complémentaire à la lecture du PFE	3	
Prestance, voix audible, rythme correcte	2	
Contenu clair, supports bien utilisés	2	
L'étudiant effectue sa présentation du point de vue du futur professionnel	1	
2. Échanges avec le jury		
Capacité à répondre aux questions posées	3	
Pertinence des arguments fournis	3	
Cohérence des réponses par rapport aux questions posées	2	
Capacité à prendre de la distance par rapport à sa propre production	2	
Score	20	